

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Syndrom špatného zacházení se starými lidmi

Elder Abuse and Neglect

Diplomová práce

Mgr. Lenka Haluzíková

Praha, 2007

Doc. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze, 5.srpna 2007

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala těm, kteří mi pomáhali při vzniku této práce: paní docentce Šulové za trpělivé vedení práce; odborníkům, kteří souhlasili s rozhovorem a byli mi zdrojem cenných informací; a v neposlední řadě všem mým blízkým, kteří mi poskytli radu i oporu.

Resumé

Tato diplomová práce se zabývá tématem špatného zacházení se starými lidmi (EAN, Elder Abuse and Neglect). V teoretické části autorka přibližuje nejružnější aspekty jevu EAN, který je široce mezioborový a jehož definice ani prevalence nebyly dosud jednotně určeny. Popisuje projevy jednotlivých typů EAN a příznaky, jejichž znalost je nezbytná pro efektivní detekci jednotlivých případů EAN. Doposud zůstává většina těchto případů skryta, neboť oběti mají tendenci špatné zacházení tajit, a zároveň odborná ani laická veřejnost nemá dostatečné povědomí o tomto problému, aby si jej byla schopna uvědomit. V tomto směru je zásadní vzdělávání veřejnosti, ale autorka považuje za nutnou také celospolečenskou změnu postoje ke starým lidem, který se nyní zdá poněkud diskriminující. Dále se autorka věnuje oběti a pachateli EAN a jejich interakci, v této souvislosti uvádí rizikové faktory a pátrá po potenciálních příčinách špatného zacházení. Podrobná znalost těchto příčin je nezbytná pro vhodné zacílení prevence. Pro komplexní intervenci EAN by byly ideální multioborové týmy složené z nejružnějších odborníků, ty jsou však zatím celosvětově spíše výjimkou. Mezi těmito odborníky by neměl chybět psycholog, který může hrát v procesech prevence i intervence důležitou roli.

V empirické části diplomové práce autorka přibližuje kontext práce s EAN ve Velké Británii, která patří na tomto poli ke světové špičce. Tamní vláda úzce spolupracuje s neziskovými organizacemi zaměřenými přímo na EAN nebo šířeji na populaci seniorů. Výsledkem je poměrně komplexní síť programů, projektů a zákonů, které jsou zaměřeny na prevenci a intervenci špatného zacházení se starými lidmi. Autorka se dále v diplomové práci zabývá podobným rozbořem situace v České republice, kde je EAN zatím spíše úzkým zájmem několika odborníků. Někteří z nich pro účely této práce poskytli rozhovor. Výstupy z těchto rozhovorů jsou zpracovány v samostatné kapitole, která konkrétněji přibližuje skutečný stav problematiky EAN v České republice. Na závěr autorka uvádí některá doporučení pro další vývoj práce s EAN v Česku, ale před přejímáním britského modelu spíše varuje. Celou diplomovou práci dokreslují tři podrobné kasuistiky.

Résumé

This thesis deals with the subject of *elder abuse and neglect* (EAN). The author in her theoretical part presents all sorts of aspects of the EAN phenomenon which is broadly interdisciplinary and whose definition and prevalence were not assessed yet. It describes exposures of single types of EAN and symptoms, whose knowledge is necessary for effective detection of particular cases of EAN. Hitherto most of the cases stay concealed because the victims tend to hide the abuse and simultaneously neither the community of specialists nor non-specialists have sufficient awareness about the problem in order to perceive it. In this course an education of the public is crucial but also the author deems necessary to change the attitude of all-society towards the elder people which at the present time seems quite discriminatory. Farther the author attends to a victim and an offender of EAN and their interaction, in this respect she presents risk factors and searches for potential causations of abuse. Detailed knowledge of these causations is crucial for suitable aiming of prevention. For a complex intervention of EAN would be ideal to create multidisciplinary teams of different specialists. But such teams are rather exception worldwide. Among these specialists a psychologist should be present as he can play an important role in prevention and intervention.

In the empirical part of this thesis the author presents context of work with EAN in the United Kingdom, which is one of the top in this field. Local government cooperates closely with non-profit associations which are focused directly on EAN or widely on the elder population. As a result there is quite complex net of programs, projects and laws, which are aimed at prevention and intervention of EAN. The author further deals with a similar analysis of situation in the Czech Republic where EAN is so far rather narrow interest of a few specialists. Some of them have provided an interview for a purpose of this thesis. The output of these interviews is processed in a separate chapter, which presents more concretely the real situation of EAN problems in the Czech Republic. At the conclusion the author indicates some recommendations for the following development of dealing with EAN in the Czech Republic but she warns against taking over of the British model. The graduation thesis is supplemented with three detailed case studies.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. CO JE SYNDROM EAN?	11
1.1. EAN ve společnosti.....	11
1.2. Historie jevu EAN.....	14
1.3. Definice EAN.....	15
1.4. Prevalence syndromu EAN.....	19
1.5. Interdisciplinární povaha EAN	20
2. OBSAH EAN.....	23
2.1. Typy EAN	24
2.1.1. Fyzické týrání.....	24
2.1.2. Psychické týrání.....	26
2.1.3. Materiální zneužívání.....	27
2.1.4. Sexuální zneužívání:	29
2.1.5. Zanedbávání.....	31
2.1.6. Sebezanedbávání.....	33
2.1.7. Další typy:.....	35
2.1.8. Koexistence typů EAN	36
2.2. Prevalence jednotlivých typů EAN.....	38
3. PŘÍZNAKY EAN A JEHO DETEKCE.....	42
3.1. Obecné příznaky EAN a příznaky jednotlivých typů	42
3.1.1. Obecné příznaky EAN u obětí:	44
3.1.2. Obecné příznaky EAN u pachatele:	44
3.1.3. Příznaky jednotlivých typů EAN	45
3.2. Diagnostika EAN.....	46
3.3. Vzdělávání a výcvik	48
4. OBĚŤ, PACHATEL A RIZIKOVÉ FAKTORY EAN.....	53
4.1. Starý člověk jako oběť EAN.....	53
4.1.1. Období stáří a jeho specifika ve vztahu k EAN	53
4.1.2. Samostatnost vs. potřeba péče	55
4.1.3. Psychické aspekty viktimizace.....	57
4.2. Pachatel EAN.....	61
4.2.1. Kdo může být pachatelem násilí na seniorech	61
4.2.2. Těžká úloha pečovatele o starého člověka	63
4.2.3. Pachatel v kontextu EAN.....	66
4.3. Sebezanedbávání (oběť = pachatel).....	69
4.3.1. Proč se někteří staří lidé zanedbávají?	70
4.4. Příčiny a rizikové faktory EAN.....	72
5. INTERVENCE A PREVENCE EAN.....	78
5.1. Mnohostrannost intervence a úloha multidisciplinárních týmů.....	78
5.2. Pomoc obětem v praxi.....	81
5.3. Prevence EAN	84
5.4. Role psychologa v intervenci a prevenci EAN	88
EMPIRICKÁ ČÁST	92
6. ANALÝZA KONTEXTU BOJE PROTI EAN VE VELKÉ BRITÁNII.....	93
6.1. Vládní politika VB vztahující se přímo k problematice EAN	94
6.2. Vládní politika VB vztahující se primárně k poskytování péče	98

6.3. Vládní politika vztahující se primárně k ochraně lidských práv	102
6.4. Nevládní aktéři boje proti EAN ve Velké Británii	104
6.4.1. Action on Elder Abuse	105
6.4.2. Help the Aged	108
6.4.3. Age Concern	110
6.4.4. Comic Relief	110
6.4.5. Další organizace	111
6.5. Shrnutí situace v oblasti EAN ve Velké Británii	112
7. SYNDROM EAN – AKTUÁLNÍ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE	114
7.1. Výzkumy a studie na téma „špatné zacházení se starými lidmi“ v ČR	114
7.2. Odborníci na problematiku špatného zacházení v ČR	116
7.3. Instituce zabývající se seniorskou populací v České republice	118
7.3.1. Občanské sdružení Život 90	118
7.3.2. Český helsinský výbor	119
7.3.3. Bílý kruh bezpečí	120
7.3.4. Intervenční centra	120
7.3.5. Ambulance pro poruchy paměti	121
7.3.6. Další organizace v ČR	122
7.4. Odpověď na syndrom EAN na státní úrovni	123
8. SYNDROM EAN OČIMA ČESKÝCH ODBORNÍKŮ	129
8.1. Otázky zaměřené na typologii EAN a na výskyt jednotlivých typů	129
8.2. Otázky zaměřené na pachatele EAN	132
8.3. Otázky zaměřené na oběť EAN	136
8.4. Otázky zaměřené na poskytovanou intervenci	140
8.5. Otázky na situaci v oblasti EAN v České republice	142
9. NÁVRHY PRO DALŠÍ VÝVOJ V OBLASTI EAN V ČR	151
10. KASUISTIKY	157
Kasuistika 1	157
Kasuistika 2	159
Kasuistika 3	161
ZÁVĚR	164
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	169
SEZNAM PŘÍLOH	181
Příloha 1	I
Příloha 2	II
Příloha 3	IV
Příloha 4	VIII
Příloha 5	IX
Příloha 6	X
Příloha 7	XI
Příloha 8	XII
Příloha 9	XIII
Příloha 10	XIV

Úvod

Problematika špatného zacházení se starými lidmi mě začala zajímat již před pěti lety, kdy jsem se s ní náhodně setkala při hledání tématu jedné seminární práce. Po seminární práci následovala práce ročníková, projekt sociálního výzkumu, a také rozhodnutí, že o ní napíšu diplomovou práci. K tomuto rozhodnutí mě povzbudila paní doc. Šulová, která mi potvrdila společenskou potřebnost zabývání se tímto tématem.

Špatné zacházení se starými lidmi je problém stejně palčivý a stejně důležitý jako týrání a zneužívání dětí nebo domácí násilí. Zároveň se vzhledem ke společenským a demografickým změnám dá očekávat, že jeho prevalence spíše poroste. Přesto se mu nedostává tolik pozornosti jako špatnému zacházení s dětmi nebo partnerskému násilí. Dá se říci, že až na výjimky je vývoj problematiky špatného zacházení se starými lidmi celosvětově teprve v počátcích.

V době před pěti lety se v České republice o EAN (*Elder abuse and neglect*, syndromu špatného zacházení se starými lidmi) nevědělo téměř nic. Informační zdroje v českém jazyce se daly počítat v jednotkách (patřil mezi ně například sborník Vykopalové /VYKOPALOVÁ et al., 2002/, příručka Tošnerové /TOŠNEROVÁ, 2002b/) a mezi odborníky i seniorskými organizacemi byl EAN na okraji zájmu. Nebyly projektovány žádné výzkumy, nebyly napsány žádné akademické práce. Proto jsem se rozhodla věnovat se ve své diplomové práci špatnému zacházení se starými lidmi komplexně, v širokém mezioborovém rámci a v širokých souvislostech; kladla jsem si za cíl zpracovat dostupnou zahraniční literaturu na toto téma a vytvořit tak přehled dosavadních výzkumných výsledků a teoretických závěrů o EAN.

O zaměření empirické části na problematiku EAN ve Velké Británii rozhodl můj plánovaný pobyt v této zemi. MUDr. Tošnerová mě povzbudila v tom, že by zpracování britského postupu v boji proti EAN mohlo být velmi přínosné a pro Českou republiku inspirující. Empirickou část jsem se rozhodla doplnit kasuistikami případů EAN, netuším, jak obtížné bude je získat.

Nyní, když svou diplomovou práci dopisuji, je situace v České republice už o něco dále. Odborníků, kteří se problematikou EAN zabývají, přibývá, stejně tak organizací a sdružení, které se věnují ve své činnosti mimo jiné týraným a zneužívaným seniorům. Byly již napsány nejméně tři studentské či absolventské práce, které se tímto tématem zabývají. Z pozitivního vývoje mám radost, nicméně musím přiznat, že jej považuji za dost pomalý a útržkovitý. Doufám, že má práce přispěje svým dílem k vytvoření celkového obrazu o syndromu špatného zacházení se starými lidmi v České republice.

Jak jsem již uvedla, bylo napsáno již několik prací, které se tématem EAN zabývají. Každá z nich se však zabývá pouze určitými aspekty EAN (veřejně právním, sociálně politickým atd.). Já jsem chtěla ve teoretické části své diplomové práce téma EAN pojmut komplexně, v jeho mezioborové komplexnosti a složitosti. Je zřejmé, že jsem při tom musela omezit rozsah některých aspektů (například velmi důležitého hlediska právního), a zároveň jsem se logicky věnovala více aspektům psychologickým. Vytvoření komplexního pozadí problematiky EAN však považuji za velmi důležité pro to, aby bylo možné informovaně rozhodovat například o vhodném výzkumu a zaměření prevence. Také psychologická intervence je lépe aplikovatelná na určitém stabilním základě. Syndrom EAN je mezioborový jev, nicméně jeho klinický obraz a také některé preventivní a intervenční postupy jsou ryze psychologické. V průběhu psaní této diplomové práce jsem dospěla k názoru, že odborníci v oblasti psychologie mohou hrát v dalším vývoji v oblasti EAN významnou roli.

V teoretické části se tedy věnuji jednotlivým aspektům syndromu EAN. První kapitola nazvaná „Co je syndrom EAN“ uvádí čtenáře do problematiky špatného zacházení se starými lidmi. Popisuji zde historii syndromu EAN, dlouhodobé spory o stanovení jeho definice a prevalence. Zdůrazňuji zde interdisciplinární povahu EAN.

Druhá kapitola „Obsah EAN“ je určena rozboru jednotlivých typů EAN. Je jich několik, za základní se považují fyzické týrání, psychické týrání, materiální zneužívání, zanedbávání a sexuální zneužívání. Uvádím zde také další typy, jejich anglické ekvivalenty, které jsou používány ve světové odborné literatuře, a pro ilustraci také

vybrané krátké kasuistiky. Na závěr kapitoly se věnuji prevalenci jednotlivých typů EAN.

Kapitola „Příznaky EAN a jeho detekce“ se pak blíže věnuje obecným projevům špatného zacházení se starými lidmi i projevům jednotlivých typů. Znalost těchto projevů a příznaků je zásadní pro efektivní diagnostiku obětí EAN. Přibližuji zde problematiku diagnostiky EAN a zdůrazňuji nutnost vzdělávání a výcviku těch, kteří při své práci mohou přijít do kontaktu s oběťmi EAN.

Další kapitola se zabývá obětí, pachatelem a rizikovými faktory EAN. Nejprve se věnuji období stáří a jeho specifikům ve vztahu k EAN. Samostatnost starého člověka je důležitým faktorem jeho životní spokojenosti a kvality života, ale i faktorem preventivním ve vztahu k EAN. Poté se věnuji psychice starého člověka jakožto oběti EAN. V kapitole o pachateli se soustředím také na těžkou úlohu pečovatele o starého člověka – na tomto místě bych ráda zdůraznila, že neplatí rovnice pachatel = pečovatel, pouze se mi zdá umístění v rámci této podkapitoly nejvhodnější. Dále se věnuji osobnosti pachatele v domácím i institucionálním prostředí a interaktivní povaze EAN, na závěr pak uvádím rizikové faktory na straně oběti, pachatele, ale také rizikové faktory situační. Po dlouhém uvažování jsem do této kapitoly včlenila i kapitolu, která měla být původně samostatná – kapitolu o sebezanedbávání. Člověk, který zanedbává sebe sama, je zároveň obětí i pachatelem, zaměřila jsem se zde blíže na důvody, proč k tomu může docházet.

V poslední kapitole teoretické části se zabývám intervencí a prevencí EAN, zdůrazňuji zde roli multidisciplinárních týmů v intervenci, která musí být z podstaty EAN mnohostranně zaměřená, uvádím také role, které může v intervenci a prevenci EAN sehrát psycholog.

V empirické části se věnuji nejprve problematice EAN ve Velké Británii, uvádím vládní politiku i zajištění dobročinnými a neziskovými organizacemi. Poté podrobuji podobnému rozboru i situaci v České republice, neboť se domnívám, že bez znalosti situace v problematice EAN v ČR není možné přemýšlet o případné inspiraci Velkou Británií.

V zadání diplomové práce uvádím, že na několika kasuistikách předvedu možné postupy intervence. V průběhu práce na diplomové práci jsem však zjistila, že sesbírat dostatečný počet kasuistik není možné. K důvodům se vrátím v empirické části samotné a také v závěru diplomové práce. Rozhodla jsem se proto nahradit kasuistiky polostrukturovanými rozhovory s českými odborníky na problematiku EAN. Obsahovou analýzu rozhovorů uvádím v další kapitole empirické části. Názory odborníků ilustrují jednak některé závěry z teoretické části, jednak přibližují situaci v České republice. Po této kapitole, kterou považuji za velmi podstatnou, uvádím možná doporučení a návrhy na další postup při řešení EAN v České republice a zamýšlím se nad tím, v čem bychom se mohli inspirovat postupy proti EAN ve Velké Británii. Na závěr empirické části pak uvádím kasuistiky, které se mi podařilo získat.

Teoretická část

1. Co je syndrom EAN?

Na otázku, co přesně obsahuje termín **syndrom špatného zacházení se starými lidmi (EAN¹ = Elder Abuse and Neglect)**, neexistuje jednoznačná odpověď. Už mnoho let se odborníci nemohou shodnout na definici tohoto jevu, na jeho konkrétním obsahu a prevalenci, na příslušné terminologii, ani na jeho zařazení do reality jakožto vědeckého a společenského problému. Nežli se budu věnovat těmto tématům konkrétněji, chtěla bych přiblížit společenskou konstelaci, která tvoří pozadí nahlížení na EAN v posledních desetiletích.

1.1. EAN ve společnosti

Pojem „silver tsunami“ výstižně vyjadřuje trend, který se až na výjimky týká celého světa – přibývá lidí, kteří překročili hranici definovanou jako hranice stáří² a zvyšuje se index očekávané délky života. Collinsová uvádí, že v roce 1900 bylo jen 1% celosvětové populace (celkem 15 milionů lidí) nad 65 let. V roce 1992 to bylo již 6% (342 milionů) a očekává se, že v roce 2050 to bude 20%, tedy 2.5 bilionu lidí na celém světě (COLLINS, 2006). Ve vyspělých zemích bude toto číslo logicky vyšší – již v letech 2003-2007 se některé státy blížily 20ti-procentnímu podílu populace nad 65 let, jak vyplývá například ze statistik OECD (Organisation for economic co-operation and development, 2007). Jednu z mnoha zajímavých statistik najdete v *Příloze I*³.

V České republice je průměrný věk obyvatelstva nejvyšší v dosavadní historii. V roce 2002 zde žily téměř dva miliony obyvatel ve věku 60 a více let, což představovalo 18.9% populace. Předpokládá se, že v roce 2030 to bude již 30% české populace. Přibývá také starých lidí ve věku 85 let a výše (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

¹ Zkratka EAN není používána tak univerzálně jako zkratka CAN (*Child Abuse and Neglect*, česky syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte), přesto jsem se rozhodla ji v této práci používat pro zachování jednotnosti v pojmosloví, které v této oblasti chybí.

² Tato hranice není definována jednoznačně, většinou se jedná o 60, respektive 65 let.

³ Další potom na stránkách <http://miranda.sourceoecd.org/vl=9566363/cl=13/nw=1/rpsv/factbook/>.

Mezi důvody, proč se dnes lidé dožívají vyššího věku, jsou uváděny lepší výživa, kvalitnější a dostupnější lékařská péče, zvýšené povědomí obyvatelstva o zdravých praktikách (cvičení, zdravá výživa a životospráva) a další. Se stoupající výší věku však zároveň roste pravděpodobnost, že starý člověk bude trpět nějakou chronickou chorobou, a z tohoto (nebo jiného) důvodu bude odkázán na částečnou nebo úplnou péči druhých (a bude tedy zranitelnější vůči EAN).

Vzhledem k rostoucímu počtu starých lidí ve společnosti se může zdát paradoxní, že jejich „hodnota“ ve společnosti spíše klesá. Vládne zde kult mládí, zdraví a samostatnosti. Slovo „důchodce“ má pejorativní význam. Respekt ke stáří mizí, běžné jsou negativní stereotypy o stáří, a to i v médiích a mezi odborníky (například lékaři). V souvislosti s těmito postoji se začal užívat termín ageismus neboli diskriminace na základě věku⁴.

Negativnímu postoji ke stáří a seniorům nahrává také fakt, že společnost není schopna pružně reagovat na nastávající změny, přizpůsobovat důchodovou politiku a sociální služby. Mnoho lidí si pak seniory spojuje s parazitováním – nic pro společnost nedělají, jen ukrajují stále více peněz z rozpočtového koláče, zahlcují zdravotní a sociální služby a otravují v obchodech a autobusech.

Blakely a Dolon se ve svém výzkumu soustředili na postoje mladých dospělých ke starým lidem. Zjistili, že mnozí z nich jsou v zajetí předsudků vůči starým lidem, které přispívají k redukci kontaktu mezi těmito generacemi. Přítomnost starých lidí v jejich blízkosti vyvolává v respondentech (podle jejich odpovědí) pocity sklíčenosti a nepohodlí. Myslí si, že nemají se starými lidmi nic společného, a snaží se jim vyhýbat. Styky se seniory jsou motivovány spíše pocitem povinnosti, než respektem nebo radostí ze vzájemného kontaktu. Mnozí z nich se nechtějí dovědět nic o starých lidech, a s výjimkou jejich nejbližších prarodičů by byli raději, kdyby byli staří neviditelní (BLAKELY, DOLON, 1998).

Ageistické postoje se bohužel týkají také mnohých odborníků. Není výjimkou, že je starému člověku odmítnuta lékařská péče z důvodu věku nebo je propuštěn z léčby předčasně. Roli zde samozřejmě kromě jiného hrají i finanční prostředky, respektive

⁴ V České republice se problematikou ageismu zabývá například T.Tošnerová (TOŠNEROVÁ, 2002a).

jejich nedostatek. Ten se projevuje i v sociálních službách pro seniory (pečovatelské a ošetřovatelské služby, domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných, hospicey atd.), hlavní část péče potom většinou spadá na rodinu seniora. Jak se zdá, dnes už ale zdaleka není samozřejmostí, že se rodina o nesamostatného seniora postará (THOMPSON, PRIEST, 2005). Mezigenerační vazby jsou slabší než v minulosti, děti často bydlí daleko od svých stárnoucích rodičů nebo nemají pocit, že by se o ně měly postarat.

Stojanová ve svých článcích shrnuje situaci seniorů v České republice. Nejsou zde dostatečně respektována jejich lidská práva, a také péče o ně je ve všech směrech nevyhovující. Ze všech výtek vybírám jen některé: Není zde organizace, která by monitorovala porušování lidských práv seniorů. Informace o seniorské problematice jsou roztříštěné a jejich výtěžnost je nízká. Společnost vykazuje jen malý zájem o seniorskou problematiku na komunitní úrovni. Staří lidé jsou stále častěji a časněji institucionalizováni. Křehký či náhodně dekompenzovaný starý člověk je většinou vnímán jako nesoběstačný klient paternalistické dlouhodobé péče (zvláště ústavní). Dochází k nepřiměřené psychiatrizaci geriatrických pacientů - například u 20% zemřelých starých lidí s diagnózou demence nebyly po úmrtí nalezeny příznaky organického onemocnění (STOJANOVÁ, KALVACH, 2001). Zároveň z hlediska rodinných vazeb nacházíme celospolečensky odlidštění části mladší generace, podceňování funkce rodiny jako takové, nedostatek lásky a úcty ke starší generaci a ztrátu pocitu povinnosti a závazků vůči ní (STOJANOVÁ, 1999).

Na tomto společenském pozadí se pak setkáváme se syndromem EAN – syndromem špatného zacházení se starými lidmi. Podobně jako syndrom CAN a domácí násilí byl svého času dlouho tabu. Dnes však nabývá takových rozměrů, že není možné jej ignorovat, a víceméně všechny vyspělé státy se jím začínají zabývat, byť většinou značně nesměle a nesystematicky. Předmětem zkoumání odborníků je však syndrom EAN už několik desítek let. Jaký je tedy dosavadní vývoj povědomí o EAN?

1.2. Historie jevu EAN

Syndrom špatného zacházení se starými lidmi se poprvé objevil ve vědecké literatuře v roce 1975, a to paralelně ve dvou článcích: ve článku zvaném „Granny Bashing“ od C.G.Burstona v *British Medical Journal* a ve článku „Granny battering“ od A.A. Bakera v *Modern Psychiatric*. Kromě toho se o prvenství hlásí R.N. Butler, který podle svých slov identifikoval problém již v 60. letech a nazval jej „battered old person syndrome“ (BUTLER, 1999).

Identifikace problému EAN v 80. letech⁵ navázala na identifikaci syndromu CAN v 60. letech a domácího násilí v letech sedmdesátých. Stejně jako ony si prošlo odhalování syndromu EAN fázemi tabuizace a odmítání společností, přes zájem vědeckých odborníků, až po akceptování problematiky médii a širokou veřejností (tato fáze podle mého názoru stále trvá a v České republice je teprve v začátcích). V začátcích se také objevila snaha čerpat intervenční strategie z modelu CAN, respektive z modelu domácího násilí. Nakolik je to možné, přiblížím v jedné z následujících podkapitol.

Ačkoliv se syndromu EAN věnuje vědecká komunita již přes třicet let, stále nedošlo k obecnému konsensu, který termín je možno všeobecně používat, byť je patrné, že se okruh potenciálních adeptů značně zúžil. Které všechny názvy tedy EAN v průběhu let získal?

- *granny battering* (týrání, bití babiček)
- *granny bashing* (mlácení, řezání babiček)
- *battered elder syndrome* (syndrom týraného seniora)
- *battered old person syndrome* (syndrom týrané staré osoby)
- *elder mistreatment* (týrání starých lidí, špatné zacházení)
- *elder maltreatment* (týrání starých lidí, špatné zacházení)
- *old age abuse* (týrání a zneužívání starých lidí)
- *inadequate care of the elderly* (nevhodná, nedostatečná péče o starého člověka)
- *granny abuse* (týrání a zneužívání babiček)

⁵ A v mnohých zemích, jako například u nás, až v letech devadesátých.

- *miscare* (špatná péče)
- *elder abuse* (týrání a zneužívání starých lidí, resp. špatné zacházení se starými lidmi)
- *elder abuse and neglect* (zkratka EAN, týrání, zneužívání a zanedbávání starých lidí, respektive špatné zacházení se starými lidmi).

V dnešní době jsou nejpoužívanějšími termíny „elder abuse“ a „elder abuse and neglect“, setkat se můžeme i s termínem „elder maltreatment/mistreatment“. Já ve své práci budu preferovat pojem „**elder abuse and neglect**“, který podle mě nejvýstižněji postihuje obsah tohoto jevu a zároveň nabízí zkratku **EAN**, která by podle mého názoru zasloužila obecné přijetí podobně jako zkratka CAN (a hlavně by toto přijetí značně ulehčilo orientaci v termínech, a to mezinárodně).

V češtině jsou nejpoužívanějšími názvy „špatné zacházení se starými lidmi/seniory“, „násilí na starých lidech/seniorech“, „nevhodné zacházení se starými lidmi“, setkat se můžeme i s pojmy „týrání starých lidí/seniorů“, resp. „zneužívání starých lidí/seniorů“, a také se zkratkou ABSO, která znamená „abusus starších osob“. Já se přikláním k pojmu „**špatné zacházení se starými lidmi**“, který v sobě obsahuje skutečnost, že starý člověk může být týrán, zneužíván či zanedbáván, a zároveň se vyhýbá pojmu senior, který dnes získává poněkud pejorativní nádech.

Po přibližném vyjasnění terminologických zmatků kolem EAN se nyní podívejme na jeho definici. Zjistíme, že nejasnost a nejednoznačnost panuje i v tomto směru.

1.3. Definice EAN

V odborné literatuře o EAN pravděpodobně nenajdeme autora, který by si nestěžoval na to, že neexistuje standardizovaná definice EAN, která by byla obecně použitelná a která by zahrnovala všechny aspekty a typy špatného zacházení. Někteří autoři se domnívají, že k částečné shodě již došlo (a skutečně se tak na úrovni citovaných a citujících odborných článků může zdát), nicméně těchto údajných shod můžeme najít hned několik a stejně ani zdaleka neodrážejí reálný stav. Nejprve si ocitujme některé z těch vícekrát zmiňovaných:

Fulmer et al. uvádí definici Národního výzkumného shromáždění v USA /The National Research Council/: EAN zahrnuje: a) úmyslné činy, které zranitelnému starému člověku ubližují nebo jej vystavují riziku ublížení (ať už je ublížení záměrné či nezáměrné), páchané pečovatelem či jinou blízkou osobou, které starý člověk důvěřuje; b) selhání pečovatele uspokojit základní životní potřeby seniora nebo jej uchránit před jakýmkoliv poškozením⁶ (FULMER et al., 2005a). Lachs a Pillemer přisuzují autorství této definice americké Národní akademii věd /US National Academy of Sciences/ a domnívají se, že na této definici se ustálil jakýsi konsensus (LACHS, PILLEMER, 2004).

Další konsensus se údajně ustálil na definici NCEA /National Center on Elder Abuse/, alespoň podle Thompsonové a Priesty, ze kterých tuto definici cituji: Špatným zacházením se špatnými lidmi se rozumí jakýkoliv záměrný čin či nedbalost pečovatele nebo jiné osoby, který vede k poškození zranitelného dospělého, popřípadě jej vystavuje riziku ublížení⁷ (THOMPSON, PRIEST, 2005).

Do třetice zmiňme snahu Americké lékařské asociace /American Medical Association/, jejíž definici cituje Swagerty a jeho kolegové: Týráním či zneužíváním se rozumí jakékoliv jednání, které způsobuje újmu nebo ohrožuje zdraví a blaho starého člověka. Zahrnuje záměrné ublížení na fyzickém nebo mentálním zdraví, sexuální zneužívání, či neposkytnutí základních potravin, ošacení a zdravotní péče (které mají zabezpečovat základní potřeby starého člověka) osobou, která ručí za péči či je za starého člověka odpovědná (SWAGERTY, TAKAHASHI, EVANS, 1999)⁸.

⁶ Jedná se o autorčin neprofesionální překlad anglického znění definice: „...a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm (whether or not harm is intended) to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trusting relationship to the elder or b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm“ (FULMER et al., 2005a, s.525). Také všechny následující překlady jsou pouze orientační, nevytvářel je profesionální lingvista.

⁷ Původní znění definice: „Elder abuse is any knowing, intentional, or negligent act by a caregiver or any other person that causes harm or a serious risk of harm to a vulnerable adult“ (THOMPSON, PRIEST, 2005, s.117).

⁸ Původní znění definice: „Abuse shall mean an act or omission which results in harm or threatened harm to the health or welfare of an elderly person. Abuse includes intentional infliction of physical or mental injury; sexual abuse; or withholding of necessary food, clothing, and medical care to meet the physical and mental needs of an elderly person by one having the care, custody or responsibility of an elderly person“ (SWAGERTY, TAKAHASHI, EVANS, 1999).

Podle mého názoru je však nejužívanější definice britské iniciativy AEA (Action on Elder Abuse), kterou citují například Nenoová a Neno (NENO, NENO, 2005). Tato definice je také nejčastěji uváděna v české literatuře (Život 90, c2006; HOLMEROVÁ, c2007), proto ji zde uvedu jako hlavní:

Špatným zacházením je míněn jednorázový nebo opakovaný čin nebo nedostatek přiměřené aktivity vyskytující se v jakémkoliv vztahu, ve kterém starý člověk očekává důvěru, kdy tento čin nebo nedostatek aktivity způsobí starému člověku nějaké poškození či strádání⁹.

Podívejme se na uvedené definice blíže. Zdají se být jasné, nicméně v podstatě každý jejich prvek byl vystaven diskusi. Za prvé: záměrnost či neúmyslnost činu (intentional act). Prvé tři definice za EAN považují pouze vědomé a záměrné činy, které vedou k ublížení nebo zanedbání. Mnozí odborníci zastávají názor, že nejde o EAN, když dobře smýšlející, ale nekvalifikovaný nebo přepracovaný pečovatel poskytuje nepřiměřenou péči. Chybí u nich zlý úmysl nebo motiv. Nálepka „abuse“ se pak může zdát kontraproduktivní, protože odrazuje tyto pečovatele od vyhledání pomoci. Ti, kteří by pod EAN zahrnuli i nevědomé akce, ale poukazují na nemožnost určení skutečné pachatelovy motivace a záměrů vedoucích k EAN. Rozlišení úmyslnosti/neúmyslnosti činu je skutečně velmi obtížné, přitom je velmi důležité pro rozhodování o následné intervenci (nemá smysl trestně stíhat přepracovanou dceru, která zanedbává svou milovanou matku v péči; a na druhé straně nabízet podpůrné služby sadistickému pachateli, který starého člověka týrá pro své vlastní potěšení).

Za druhé: některé definice výslovně zmiňují osobu (nejčastěji pečovatele), která je aktérem a pachatelem EAN ve vztahu se starým člověkem. Odborníci, kteří pod EAN zahrnují i sebezanedbávání, tento prvek odmítají – starý člověk se může dopouštět EAN sám na sobě, není tedy podmínkou, aby byla přítomna další osoba. O tom, zda sebezanedbávání patří pod EAN, se vedou diskuse¹⁰, nicméně v současné době to vypadá, že spíše ano, proto je třeba, aby s tím definice počítala.

⁹ Původní znění definice: „*Elder abuse is single or repeated act or lack of appropriate action occurring in any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person*“ (NENO, NENO, 2005).

¹⁰ Viz druhá kapitola *Obsah EAN*.

Za třetí: kdo je definicí označován za potenciální oběť EAN? Starý člověk? Zranitelný starý člověk? Zranitelný dospělý? Který faktor spíše určuje zranitelnost: pokročilý věk, handicap, vážná nemoc, závislost? A je zranitelnost nutnou podmínkou pro to, aby se starý člověk mohl stát obětí EAN? Vždyť i naprosto zdravý a soběstačný senior se může stát obětí například materiálního zneužívání. Podíváme-li se na definici zranitelnosti, jak ji definuje britský program *No secrets*¹¹, zjistíme, že vyvolává další otázky: zranitelná (*vulnerable*) osoba je ta, která potřebuje nebo by mohla potřebovat služby poskytování péče z důvodu mentálního či jiného postižení, vysokého věku nebo nemoci, a která již není schopna samostatné péče o sebe sama nebo již není schopna bránit se proti poškozování či zneužívání¹² (Department of Health, 2000). Tato definice tedy za zranitelného člověka považuje jen takového, který potřebuje sociální a zdravotní služby. A zároveň: považujeme-li za zranitelného každého člověka, který není schopen se bránit proti vykořisťování nebo bezpráví a ubližování, musíme sem zahrnout každého starého člověka, který lpí na svých blízkých natolik, že je ochoten mnohé snést, jen aby je neztratil.

Ani definice, které se v sobě snaží zahrnout výčet aktivit, kterých se EAN týká, nejsou východiskem. S postupujícím výzkumem se objevují stále nové typy EAN (např. soustavná manipulace, *subdue influence*) a o dalších tématech se vedou diskuse. Spadá pod EAN odmítnutí lékaře předepsat umírajícímu pacientovi léky na bolest nebo marketingové taktiky kasin na přilákání seniorské populace (NERENGERG, 2000)?

Výše uvedené nejasnosti vedou k tendenci neustále rozšiřovat definice, přicházet s novými variantami, a tím paradoxně přispívat k ještě větší nepřehlednosti. Přitom nedostatek konsensu na jednotné definici má vážné důsledky. V první řadě inhibuje výzkum, neboť každý vědec má před sebou příliš mnoho voleb (jaká bude věková hranice stáří, kteří staří lidé za tou hranicí spadají pod tu kterou definici, které typy spadají pod tu kterou definici a další volby, nesouvisející s definicí), výsledky jsou tudíž neporovnatelné a nedá se stavět na práci předchůdců.

¹¹ Více v empirické části.

¹² Původní anglické znění: „...who is or may be in need of community care services by reason of mental or other disability, age or illness, and who is or may be unable to take care of him or herself, or unable to protect him or herself against significant harm or exploitation“ (Department of Health, 2000, s.8-9).

Nejasnost v tom, co vlastně EAN přesně je, se dále projevuje v poskytování příslušných sociálních služeb, ale i v tvorbě legislativních, intervenčních a preventivních postupů. A v neposlední řadě také (spolu s dalšími jevy) brání určení prevalence špatného zacházení se starými lidmi. Na tu se nyní podívejme blíže.

1.4. Prevalence syndromu EAN

Prevalence EAN není jasná, její odhady se pohybují mezi 1-10% seniorské populace, nejčastěji je uváděna mezi 3-5%. To podle Tošnerové znamená přibližně 60.000 týraných osob v České republice (TOŠNEROVÁ, 2002b), i když podle Stojanové a Kalvacha u nás podíl obětí přesahuje onu 5% hranici (STOJANOVÁ, KALVACH, 2001).

Prevalence se dá zjistit z výzkumů, případně z různých statistik. Problémy související s výzkumem jsem již naznačila výše – jednotliví vědci nepoužívají jednotnou metodologii, výsledky jejich šetření tedy není možné efektivně porovnávat. Zkoumají prevalenci EAN u institucionalizovaných starých lidí nebo EAN v domovech? Určili jako hranici stáří 60 let, 65 let nebo jiný věk? Zahrnují pod EAN všechny možné typy nebo jen některé z nich? Jakým způsobem získali vzorek? Jakou metodu používají? Na základě těchto diferencí mohou jednotliví výzkumníci dojít k diametrálně odlišným číslům.

Další možností, jak přibližně určit prevalenci, jsou statistiky. Statistiky organizací v neziskovém sektoru z různých krizových linek, policejní statistiky nebo statistiky orgánu pověřeného státem sběrem dat o EAN (jako je tomu v USA, kde ve většině států ze zákona vyplývá povinnost hlásit případy EAN úřadům, které potom vedou a vyhodnocují statistiky). Tato možnost určení prevalence se však potýká se skutečností, že naprostá většina případů EAN zůstává skryta. Odhaduje se, že jen jeden z 5-10 případů EAN vyjde na světlo a je někde statisticky zaznamenán (důvody jsou různé a blíže se jim věnuji v dalších částech diplomové práce. Roli hraje to, že EAN je stále částečně tabu, že oběti i svědci takových případů mají své motivy, proč o špatném zacházení nikomu neříct, nedostatečné povědomí a vzdělávání v této oblasti

také brání tomu, aby byl případ EAN vůbec rozpoznán jako špatné zacházení apod.). Ve většině zemí však žádné obecněji použitelné statistiky neexistují.

Kladu si také otázku, zda je skutečně natolik potřebné zjistit přesnou prevalenci tohoto jevu, zda by se energie, čas a peníze nedaly vynaložit užitečněji (například na výzkum efektivních strategií intervence a prevence). Faktem zůstává, že EAN je jev rozšířený natolik, aby se s ním například geriatři denně setkávali ve svých ordinacích (LACHS, PILLEMER, 2004), a že je možná o něco méně či více rozšířený než diabetes či šedý zákal (WIELAND, 2000). Nyní je podle mého názoru důležitější věnovat se tomu, jak by se mohlo obětem EAN skutečně pomoci, a tomu, jak EAN předcházet, než se stále dokola zabírat určováním přesné definice a prevalence.

Když už mluvíme o intervenci a prevenci, také v této oblasti stále panují nejasnosti. Který sektor má v tomto směru převzít odpovědnost a iniciativu? Rozpačitost nad zařazením EAN vyplývá z jeho mezioborové povahy.

1.5. Interdisciplinární povaha EAN

Kdo by měl nad syndromem EAN převzít záštitu? Stát nebo neziskový sektor? Sociální sféra¹³, zdravotnictví, policie, soudy a právníci? EAN je mezioborová záležitost, má své aspekty:

- sociální (oblast péče a poskytování podpůrných služeb atd.)
- medicínské (projevy, příznaky a detekce atd.)
- psychologické (prožívání oběti, motivace pachatele, podpora oběma atd.)
- psychiatrické (psychopatologie na straně pachatele, ale i oběti atd.)
- politické (tvorba příslušných zákonů na ochranu obětí atd.)
- právní (ochrana obětí a svědků, soudní zastupování, svéprávnost atd.)
- kriminální a soudní (EAN jako trestný čin)
- sociologické (měnící se funkce rodiny, mezigenerační vazby atd.)
- ekonomické (financování sociální a zdravotní péče atd.)

¹³ T.Tošnerová uvádí, že je velmi pravděpodobné, že se EAN v Evropě bude řešit v rámci sociální péče (TOŠNEROVÁ, 2002b).

- etické (nakolik mohu zasáhnout do života oběti či pachatele, které principy mají přednost atd.)
- duchovní (podpora obětí i pečovatelů) a jistě i mnohé další.

Nakolik by se měl stát angažovat ve vytváření intervenčních a preventivních postupů, nakolik by měl facilitovat výzkum? Velká Británie je příkladem centralizované koordinace procesů kolem EAN. Vytváří zákony, programy a orgány, které mají za úkol řešit problematiku EAN. Facilituje a financuje výzkumy v této oblasti, určuje přitom prioritní témata, kterými by se měli vědci zabývat. Aktivně spolupracuje s neziskovým sektorem a jednotlivým organizacím zadává projekty. Decentralizované řešení problematiky EAN vyplývá spíše z aktivity v neziskovém sektoru. Jednotlivé organizace se snaží vytvářet podpůrné projekty a získávat pro ně finanční zdroje. Vytvářejí tlak na stát, aby vzal v potaz jejich zkušenosti a implementoval je do svých zákonů. Ideální by bylo, kdyby stát a neziskový sektor na řešení EAN maximálně spolupracovali.

Čím se mohou při hledání optimálních řešení problematiky EAN inspirovat? Existuje několik modelů, z nichž každý může být přínosem, ale zároveň má svá negativa, která brání přijmout celý tento model pro řešení EAN.

Model CAN: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte byl v jedné době považován za adekvátní řešení problematiky EAN. Postupně se od něj však upustilo, neboť mezi starými lidmi a dětmi je jeden zásadní rozdíl: svéprávnost. Předpokládá se, že děti nejsou v důsledku nezralosti ještě schopné za sebe odpovědně rozhodovat. Zato staří lidé a priori svéprávní jsou, pokud není právně rozhodnuto jinak. Podle některých autorů model dle CAN podporuje ageismus (NERENGERG, 2000).

Model domácího násilí: narozdíl od CAN klade důraz na svéprávnost oběti a její schopnost za sebe rozhodovat. Často z něj vycházejí preventivní programy pro EAN. Nicméně má i své nevýhody: model domácího násilí vyplývá z přesvědčení, že společnost je v podstatě sexistická. Navíc nedokáže řešit problematiku násilí v institucích, je tedy uplatnitelný jen na určité případy. Nepočítá také s tím, že staří lidé bývají někdy sociálně značně izolovaní, případně nesoběstační (a pachatel špatného zacházení může být jediným, koho mají, případně kdo o ně může pečovat).

Model APS (*adult protective services*): některé státy mají vytvořeny speciální programy na ochranu dospělých, kteří jsou nějakým způsobem handicapováni (mentálně či fyzicky). Mají vytvořeny zákony na ochranu těchto zranitelných dospělých, a také celý systém orgánů a postupů, které mají tuto ochranu zajišťovat. Tento model je zatím pro EAN nejvíce uplatňován, byť má své limity. Především to, že většinou není uzpůsoben, aby cíleně uspokojoval potřeby seniorské populace.

Model EAN jako kriminálního činu: považuje každý případ EAN za trestný čin (například trestný čin nesnášenlivosti), a také tak k němu přistupuje. Model lidských práv: staří lidé mají právo na autonomii a sebeurčení (tento model pak z logiky věci odmítá sebezanedbávání, pokud jde o dobrovolnou volbu seniora).

Ideálním řešením se zdá být model multioborových týmů¹⁴ (v němž by byli zastoupeni odborníci z těch nejdůležitějších oblastí, jako je sociální práce, zdravotnictví, psychologie, psychiatrie, právo atd.), který je však zatím spíše nedosažitelným snem. Ten je nejlépe schopen pružně reagovat na podmínky měnící se případ od případu, respektuje specifika seniorské populace, je dynamický a interaktivní (NERENGERG, 2000). Zatím ale multioborové týmy existují pouze v rámci nějakých zkušebních projektů, výsledky jsou však velmi pozitivní, doufejme tedy, že tudy by mohla vést cesta.

V této kapitole jsem uvedla EAN v kontextu společnosti, věnovala jsem se definici syndromu špatného zacházení se starými lidmi, příslušné terminologii a prevalenci, kdy každou tuto položku doprovází značné nejasnosti. Poté jsem se zabývala interdisciplinární povahou tohoto jevu, díky níž jej není možné zařadit pod určitou vědu či rámec, které by převzaly plnou odpovědnost za vývoj dalších řešení. Uvedla jsem, že ideálně by se EAN mohly ujmout interdisciplinární týmy složené z odborníků z různých oblastí. Zároveň cítím potřebu zdůraznit nutnost mezinárodní spolupráce jak na poli výzkumu, tak na poli hledání vhodné intervence.

¹⁴ Multidisciplinárním týmům se budu blíže věnovat v kapitole o intervenci.

2. Obsah EAN

Když se řekne týrání a zneužívání, většina lidí si představí akt fyzického, respektive sexuálního rázu. Ovšem syndrom špatného zacházení se starými lidmi se netýká jen těchto dvou forem. Jaké si tedy máme pod pojmem EAN představit chování? Podobně jako jsme nenašli jednotnost v definování pojmu, nenajdeme ji ani v definování obsahu EAN¹⁵. Lachs a Pillemer (LACHS, PILLEMER, 2004) sice tvrdí, že u odborné veřejnosti (jak v klinických studiích, tak u mezinárodních organizací) došlo k obecné shodě, co pod pojem EAN spadá, nicméně letmý pohled na vědeckou literaturu jim nedává za pravdu. Typologie EAN je značně rozmanitá. Obecně lze říci:

- v minimální rovině jsou rozlišovány 3 typy, a to buď fyzické týrání, psychické týrání a zanedbávání, nebo fyzické týrání, psychické týrání a materiální zneužívání;
- nejčastější je typologie obsahující fyzické týrání, psychické týrání, materiální zneužívání, sexuální zneužívání a zanedbávání (právě tuto konstelaci označil Lachs za obecný konsensus);
- v nejpodrobnější rovině je pak typů rozlišováno 7 a více. NARCEA¹⁶ doporučuje tyto: fyzické týrání, psychické týrání, finanční zneužívání, zanedbávání, sebezanedbávání, sexuální zneužívání a ostatní (WIELAND, 2000).

Přitom platí, že některé typy bývají zahrnuty pod jiné (například nesprávné dávkování léků bývá zahrnuto pod zanedbávání, ale také pod fyzické násilí; stejně tak užívání omezovacích prostředků), každý typ bývá nazýván různě (například psychické násilí má ekvivalenty psychologické násilí, psychické zneužívání, verbální agrese, emocionální vydírání a další), některé z typů mohou být také rozděleny na vědomě či nevědomě prováděné a podobně. Podívejme se na jednotlivé typy blíže.

¹⁵ Tato skutečnost komplikuje srovnávání výsledků jednotlivých studií mezi sebou (MEEKS-SJOSTROM, 2004).

¹⁶ National Aging Resource Center on Elder Abuse, USA.

2.1. Typy EAN

Pro jednotlivé typy jsou v češtině používány různé názvy, které můžeme brát jako ekvivalenty. Podobně je tomu v angličtině (vzhledem k tomu, že drtivá většina literatury k tomuto tématu je psána v anglickém jazyce, uvádím zde v poznámkách pod čarou také anglickou terminologii).¹⁷

Každý typ EAN má své charakteristické projevy, ty je nutné odlišit od příznaků, kterými se budu zabývat v jiné kapitole.

2.1.1. Fyzické týrání¹⁸

Ekvivalenty: tělesné týrání, fyzické zneužívání, fyzické ubližování, fyzické násilí¹⁹

Projevy:

- Způsobování fyzické bolesti: bití, fackování, třesení, kopání, tahání za vlasy, štípání, škracení, dušení, srážení k zemi, strkání, popálení, pořezání a další.
- Vystavování chladu a drsnému počasí: mytí studenou vodou, otevírání oken, odebírání oblečení a přikrývek, nedostatečné vytápění.
- Odepírání jídla, pití, léků, přiměřené hygieny, tedy odepírání možnosti uspokojovat základní životní potřeby.
- Násilné krmení, podávání léků, násilné oblékání a mytí.
- Nepřiměřené užívání léků a omezovacích prostředků (tyto projevy bývají zmiňovány i jako samostatný typ, viz níže).
- K týrání mohou být používány různé předměty a zbraně, například zapálená cigareta, žehlička, opasek, nůž, pistole.

¹⁷ Připomínám, že termín „abuse“ v angličtině znamená „týrání“ i „zneužívání“.

¹⁸ Podle Acierna je nutné odlišit fyzické násilí (*abuse*) od kriminálního činu (*assault*), jako je přepadení. Pachatel zde mívá jiné motivy. Toto rozlišení je také potřeba zřetelně uvést respondentům před samotným sběrem dat, jinak mohou být výsledky výskytu fyzického násilí značně zkresleny (ACIERNO, 2003).

¹⁹ Anglická terminologie: physical abuse, physical aggression

- Většina autorů zdůrazňuje, že jde o akt úmyslný, se záměrem způsobit bolest, zranit, potrestat (MEEKS-SJOSTROM, 2004). Někdy pachatel rafinovaně využije citlivých míst starého člověka, například ho chytí za zlomenou ruku, aby zvýšil jeho bolest.
- Působení bolesti může být pachatelem odůvodňováno jako trest za „nevhodné chování“ – pomočení, trapné „senilní“ chování a podobně (HICKEY, DOUGLASS, 1981).

Fyzické týrání je často považováno za extrémní formu EAN, jejímiž důsledky mohou být vážná poranění, ohrožení života až smrt starého člověka (COLLINS, 2006).

Za fyzické týrání tedy můžeme považovat jednorázový nebo opakovaný násilný čin prováděný se záměrem starého člověka potrestat, způsobit mu bolest, zranění, nebo jiný fyzický dyskomfort, případně se záměrem přinutit jej dělat to, co dělat nechce.

Šestapadesátiletý muž přivedl k doktorovi svého otce s tím, že spadl ze schodů. Vyšetření ukázalo, že otec je velmi hubený, se špatnou hygienou, monoklem a mnohočetnými modřinami na rukách, nohách i hlavě. Tyto podlitiny byly v různých stádiích hojení. Laboratorní testy (hladina albuminu na 2.3, přičemž normální hodnota je mezi 3.5 a 4.5) indikovaly malnutrici. Rentgen hrudníku ukázal několik zlomených žeber v různých stádiích hojení.

Lékař hovořil odděleně s pacientem i jeho synem. Oba popřeli jakékoliv neobvyklé okolnosti vzniku zranění. Lékař otce hospitalizoval a upozornil příslušný úřad na možné špatné zacházení. Pracovník úřadu objevil při domovní návštěvě pacientovu postel pokrytou močí a exkrementy a prázdnou ledničku. Případ byl předán sociálnímu pracovníkovi, který umístil otce do pečovatelského domu.

(LEVINE, 2003)

Sedmdesátiletá žena byla umístěna do pečovatelského zařízení, které se zdálo být velmi vyhovující (čisté, dobře fungující, s nejmodernějším lékařským a pečovatelským zázemím). Rodina staré paní byla s výběrem velice spokojena. Krátce po nastěhování do zařízení se paní svěřila svému praktickému lékaři, že ji jeden ze zaměstnanců bije. Protože doktor nenašel žádné škrábance ani modřiny, pouze oznámil tuto skutečnost ošetřovateli a odešel. Za dva týdny si paní opět stěžovala, nicméně lékař opět neobjevil žádné známky bití a nic neudělal. Za několik dalších týdnů tomuto lékaři zavolal pohotovostní doktor z nedaleké nemocnice a oznámil mu, že paní byla v pečovatelském zařízení vážně zmlácena. Viníkem byl robustní nekvalifikovaný asistent, který uvedl, že paní udeřil, protože nespolečně pracovala.

(HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005)

2.1.2. Psychické týrání

Ekvivalenty: emocionální týrání, emocionální zneužívání, psychologické ubližování, psychické násilí, psychologické zneužívání, verbální agrese²⁰

Projevy:

- Psychické týrání může být verbálního i neverbálního charakteru.
- K neverbálním charakteristikám patří například nepřiměřená hlasitost projevu: křik, řvaní, ale i mluvení potichu, když víme, že senior špatně slyší.
- Mezi verbální projevy můžeme zařadit ponižující výroky, sekýrování, nadávání, vulgarity, obviňování a vyčítání, lhaní a další chování, které může sloužit následujícím účelům:
- Vyvolávání strachu: zastrašování, vyhrožování (např. umístěním do ústavu nebo nemocnice, zbavením svéprávnosti, opuštěním, ublížením), vydírání.
- Sociální izolace: bránění v kontaktu s blízkými osobami, vyloučení z rodinného života, zanechávání seniora dlouho o samotě, omezování svobody pohybu.
- Snižování ega, sebevědomí a sebeúcty: ponižování, urážení, zesměšňování, podceňování, nerespektování důstojnosti (např. kolektivní mytí v ústavní péči, nerespektování studu), ignorování, ničení předmětů s citovou hodnotou, zdůrazňování nadbytečnosti a obtížnosti seniora apod.
- Se seniorem je často zacházeno jako s dítětem, způsobem ponižujícím jeho osobní identitu, důstojnost a vlastní hodnotu. Je mu odepíráno právo být nezávislý, je nad ním dohlíženo, starý člověk nemá možnost spolurozhodovat o věcech, které se ho týkají (např. na co vynaloží své peníze, co se stane s jeho zvířecím miláčkem), nesmí se dívat na své oblíbené pořady atd. (HICKEY, DOUGLASS, 1981).

²⁰ Anglická terminologie: psychological abuse, emotional abuse, psychological mistreatment, chronic verbal aggression, verbal abuse.

- Také psychické týrání je většinou autorů vymezováno jako vědomé (GRAY-VICKREY, 2000), i když jsou jistě situace, ve kterých může docházet k nevědomému psychickému vydírání.
- Některé projevy psychického týrání splývají s projevy zanedbávání (např. odepření či zadržení potřebných služeb, jídla, léků apod.) nebo materiálního zneužívání (zadržování finančních prostředků). Často se pod něj řadí porušování lidských práv, které bývá uváděno i jako samostatný typ EAN (vrátím se k němu níže).

Za psychické týrání tedy můžeme považovat takové verbální či neverbální jednání, jehož účelem je emocionální zraňování, zastrasování nebo ovládnutí starého člověka, a které vede k narušení jeho psychické pohody a rovnováhy.

„Říká, že je dostatečně silný na to, aby strčil mou hlavu do záchodové mísy. Říká, že by bylo snadné mne zabít. Vzala jsem si věci a odešla jsem do azylové ubytovny. Teď jsem volná a s lidmi se vidám stále.“ (88letá hovoří o svém 88letém manželovi)

(TOŠNEROVÁ, 2000b, s.26)

„Když se sem chtěli přestěhovat, byli na mě jako med. Udělali mi samostatný vchod, prý abych měla soukromí. Dnes vidím, že to udělali proto, aby mě vůbec nepotkali. Na zahradu nechodím, nevidí mě tam rádi. Sedím kdyžtak tady na terase. Jednou si něco opékali, měli tam návštěvu. Nepozvali mě, ale šla jsem si tam za nimi na chvíli sednout. Snacha se okamžitě zvedla a odešla, že tam se mnou sedět nebude...Nevybavuji si, že bychom se někdy pohádaly...Prostě mě ignoruje. Syn ji poslouchá na slovo. Jen když není snacha doma a potkám ho na chodbě a poprosím ho, aby mi nakoupil, tak mi nákup přiveze. Celé dny tady sedím sama, nikdy za mnou nepřijdou. A ona ani nepozdraví.“

Podle vyprávění 84leté paní

2.1.3. Materiální zneužívání

Ekvivalenty: finanční zneužívání, finanční vydírání, materiální vydírání, majetkové zneužívání, ekonomické násilí²¹

Projevy:

²¹ Anglická terminologie: financial abuse, material abuse, financial exploitation, material exploitation, financial mistreatment, material mistreatment.

- Krádež majetku či financí staré osoby: přisvojení si majetku bez jejího souhlasu, odnímání důchodu nebo jeho části pod záminkou finanční výpomoci na náklady spojené s péčí o seniora, zabavení úspor.
- Podvod: podomní prodej naslouchátek za vysokou cenu, "reklamní zájezdy", naúčtování vysokých částek za maličkosti (například za drobný nákup v obchodě si vezme pět set korun).
- Podvodné či manipulativní legislativní úkony: záměna listin určených k podpisu seniorem (převod bytu či jiného majetku, převod úspor), padělání podpisu na smlouvách nebo závěti, nátlak na přepsání závěti, podepsání smlouvy nebo převod peněz.
- Vydírání: může nabývat více či méně zřetelných forem. Jde například o "všimné" pro dobrovolníka, terénního pracovníka (ale třeba i vnučku), kterým si starý člověk vědomě či nevědomě snaží zajistit "přízeň" (aby dotyčný vůbec příště přišel). Někdy je senior citově vydírán rodinou, že je starost o něj příliš finančně nákladná, jindy jde už o přímou formu vydírání ("Pokud nedáš..., nedostaneš...").
- S vydíráním souvisí nově uváděná forma EAN, tzv. "subdue influence" – jemná a soustavná manipulace za účelem získání majetku staré osoby. Ta pak postupně obdarovává pachatele vším, co má. Tento druh zneužívání je často přehlížen, protože se na první pohled zdá, že oběť vše rozdává dobrovolně (NERENBERG, 2000).
- Zneužívání opatrovnických práv v souvislosti s obhospodařováním majetku seniora, nevhodné finanční či legislativní rady.

Materiálním zneužíváním tedy rozumíme získávání majetku a finančních zdrojů staré osoby bez jejího souhlasu nebo pomocí manipulativních praktik, většinou za účelem obohatit se na její úkor.

„Celé léto se ke mně vůbec nehlásí, nezavolá a nezeptá se, jak se mám a jestli něco nepotřebuju. Jakmile přijde zima a ona ztratí práci a nemá kam jít, klepe u mě na dveře, abych ji k sobě vzala... No to víš, jsem její matka, přece ji nenechám na ulici... Říkala, že ještě nedostala sociální dávky, abych jí půjčila na jídlo. Bude přece vařit i pro mě. Dala jsem jí dvě stě korun, přinesla brambory a dvacet deka sekané, ale z peněz mi už nic nevrátila... Bere si moje cigarety, že až bude mít peníze, koupí mi taky. Když jí

řeknu, že jí nedám, počká, až zajdu do koupelny, a vezme si je... Nutí mě, abych jí dala vysavač, který už dva roky splácím. Jsem prý přece už stará a uklízet s ním nebudu. Prý mi s ním vždycky přijde uklidit. Přitom za celou dobu, co tady bydlí, neuklidila ani jednou... Chodí tady za ní její syn, můj vnuk. Vždycky se nají, přespí a zmizí, na domácnost nedá ani korunu. Posledně, když tady byl, se mi ztratily zlaté náušnice. Řekla jsem jí, že už ho tady nechci ani vidět, křičela na mě.“

Volně podle vyprávění 70leté paní

Před třemi lety, když se začala zhoršovat její artritida a další zdravotní potíže, se pětáosmdesátiletá paní z Manhattanu obrátila na přátelského mladíka od nich z domu, aby jí venčil psa a dělal jí společnost. Muž, který o sobě tvrdil, že je CPA (státem certifikovaný účetní), brzy začal za paní přebírat poštu a platit její účty. Za několik měsíců paní dostala upozornění, že se opoždí s platbou nájmu, a její šeky byly odmítány. Byla v šoku, když zjistila, že na účtu má zhruba 300 dolarů místo 53.000 dolarů, jak si myslela. Než stihla zareagovat, muž opustil město.

(TRAGER, 2005)

2.1.4. Sexuální zneužívání:

Ekvivalenty: nejsou²²

Projevy:

- Aktivita se sexuálním podtextem, k nimž nedal senior souhlas, nebyl schopen dát souhlas nebo byl k souhlasu přinucen.
- Dotykové formy: vynucený vaginální, anální nebo orální styk, kontakt s genitáliemi, análním otvorem, prsy, ústy, odmítané dotýkání, mazlení, líbání, sodomie.
- Bezdotykové formy: exhibicionismus, vynucená nahota, pořizování sexuálně explicitních fotografií, vulgarity se sexuálním podtextem, vyprávění „oplzlých“ historek a jiné.
- Teaster a Roberto uvádějí, že se často vyskytuje více forem najednou, typické je sexualizované líbání a hlazení a nevídaný zájem o tělo starého člověka (TEASTER, ROBERTO, 2004).

²² Anglická terminologie: sexual abuse, molestation.

- Sexuální zneužívání jedince, který postrádá dostatečnou mentální kapacitu na to, aby racionálně zvážil souhlas, nemusí být rozeznáno, pokud při tom nedojde k nějakému užití síly a zranění (NERENBERG, 2000).
- Může k němu docházet v ústavech sociální péče, kde jsou klienty kromě seniorů také mladší lidé s mentálním postižením nebo alkoholici (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005), a to především v těch ústavech, kde dostatečně nefunguje kontrola a supervize.
- Prevalence tohoto typu je snad nejhůře odhadnutelná, oběť se svěří jen velmi zřídka, a to většinou pouze zdravotníkům, kteří jsou vázáni lékařským tajemstvím (STOJANOVÁ, 1999).
- Sexuální zneužívání se často řadí pod fyzické násilí. Týká se především žen.

Sexuální zneužívání je tedy intimní kontakt se starým člověkem bez jeho souhlasu nebo se souhlasem vynuceným či pochybným, tento kontakt může být dotykový i bezdotykový.

Paní S., 78letou paní s mírnou demencí, přivedl její syn do ordinace s hnisavým zánětem ve vagíně. Lékař nasadil antibiotické kapky, žena se však zanedlouho vrátila zpět s nevyléčenou infekcí. Po dalších testech se ukázalo, že žena je infikována zmutovaným gonokokem rezistentním vůči léčbě. Lékař upozornil příslušný úřad, jehož pracovníci při návštěvě domu zjistil, že žena spí se synem v jedné posteli. Paní S. byla ihned hospitalizována.

(LEVINE, 2003)

Šestaosmdesátiletá nemohoucí žena byla opakovaně pohlavně zneužívána svým synem. Nechtěla na něj však podat trestní oznámení. Po dohodě s jejím ošetřujícím lékařem, který našel na jejím těle zjevné stopy násilí, byla přemístěna do léčebny dlouhodobě nemocných. Do tří měsíců zemřela.

(KOVÁŘÍK, DUNOVSKÝ, 2005)

2.1.5. Zanedbávání

Ekvivalenty: nejsou²³

Projevy:

- Osoba, které je svěřena péče o starého člověka, selhává v poskytování této péče, může jít například o:
- Zanedbání zdravotní péče, tedy neposkytnutí potřebných terapií, léků, pomůcek (brýle, naslouchátka, zubní protézy); patří sem i odmítnutí poskytnout určité postupy lékařským personálem (např. lékař odmítne pro pokročilý věk mamografické vyšetření nebo aktivní léčbu deprese)
- Zanedbání péče potřebné k dosažení základní úrovně well-being staré osoby: selhání obstarat jídlo, pití, oděv, teplo, hygienické potřeby i zázemí, potřebné sociální a zdravotní služby
- Zanedbání emocionálních a sociálních potřeb seniora: nedostatek pozornosti, špatná komunikace, neposkytování dostatečných informací o zdravotním stavu atd.
- Většina autorů zanedbávání dělí na aktivní a pasivní, přičemž je zde možný dvojitý výklad: nejčastěji se za aktivní zanedbávání bere vědomé odepření pečovatele poskytnout přiměřenou péči (zanedbávání se pak do značné míry kryje s fyzickým, respektive psychickým týráním) a za pasivní zanedbávání nevědomé selhání v poskytování služeb (například z důvodu nedostatečné informovanosti nebo neznalosti); z hlediska progresivity činu pak můžeme za aktivní považovat čin směřovaný k neuspokojení potřeb seniora či k jeho poškození (např. vědomé podání zkaženého jídla), zatímco za pasivní považujeme nedostatek činu vůbec (např. ignorování osobní hygieny starého člověka, které vede až ke vzniku proleženin). Oba výklady se částečně kryjí.

²³ Anglická terminologie: neglect.

- Hodně toho bylo napsáno o zanedbávání péče o starého člověka ze strany personálu v institucích pro péči určených (výměna mokrého povlečení, zubní hygiena, obracení pacientů atd.) (CONLIN-SHAW, 1998).²⁴
- Podle Mikosové se za zanedbávání považuje také selhání pečovatele zabránit týrání, zneužívání nebo zanedbávání způsobovanému další osobou (MIKOS, 1999).
- Stejně jako některé formy zanedbávání mohou být zahrnuty pod fyzické nebo psychické týrání, existují i projevy, které můžeme zahrnout pod další, méně uváděné typy (např. opuštění, kdy pečovatel odjede z domova, aniž by za sebe zajistil náhradníka; nebo výše uvedené zanedbání lékařské péče), k těm se vrátíme později.

Za zanedbávání považujeme jednorázové nebo opakované (vědomé) odmítnutí nebo (nevědomé) selhání osoby odpovědné za péči o seniora tuto péči poskytnout, v důsledku čehož je ohroženo uspokojení jeho základních životních potřeb nebo jeho pocit well-being, v závažnějších případech je pak ohrožen i jeho život.

Pětašedesátiletý dlouholetý kuřák s dlouhodobou hypertenzí a srdeční vadou byl zdravotníky přivezen na pohotovost kvůli problémům s dýcháním. Lékaři zjistili, že trpí respiračním selháním v souvislosti se srdeční vadou. Byl velmi zanedbaný s proleženinami v oblasti kříže a pat. Když byly vyrozuměny jeho pečovatelky (dcera a exmanželka), oznámily lékařům, že pacienta několik dní neviděly, protože měly spoustu práce. Poté šla sociální pracovnice zkontrolovat jeho bydliště a našla malý znečištěný karavan bez elektrického proudu a zamořený krysami. Pacient byl posléze přestěhován do pečovatelského domu a na rodinu bylo podáno oznámení s podezřením na EAN.

(HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005)

Dvaasedmdesátiletá žena byla přijata na pohotovosti s ohromným nádorem na tváři a čelisti. Tento nádor byl původně před rokem odstraněn, ale rodinní členové paní nedovezli na domluvené lékařské prohlídky a tím umožnili nádoru opět vyrůst do olbřímích rozměrů a blokovat tak její dýchací cesty. Navíc paní trpěla dehydratací, měla hnisavý zánět a přidruženou anémii. Zdravotníci z pohotovosti tuto skutečnost konzultovali s rodinnými příslušníky. Omluvy, které tito použili, jsou dobře známé, to jest „měli příliš mnoho práce“, „její potřeby byly příliš velké“, „nevědomili si, že se její stav zhoršil“, „nemohou si dovolit pečovatele na plný úvazek“ apod.

²⁴ K důvodům více v kapitole *Oběť, pachatel a rizikové faktory EAN*.

(HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005)

Případ sedmdesátiletého muže po mozkové příhodě byl popsán na místní pohotovosti v jižní Kalifornii. Muž byl převezen z místního rehabilitačního centra rozšířeného o pečovatelské zařízení. Krátce po příjezdu do pohotovostní ambulance byl v šoku a byl přemístěn na jednotku intenzivní péče s úplnou zástavou kardiopulmonárního systému. Po odeznění zástavy byl pacient v kómatu odpovídajícímu stupni 3 na Glasgow Coma Scale. Rodina požadovala, aby již dále nebyla podnikána žádná radikální opatření. O několik dní později se pacient probral, začal se hýbat a byl poté převezen do jiného pečovatelského zařízení. Při rozhovoru líčil, jak byl v původním zařízení zanedbáván a zneužíván. Uvedl, že jídlo mu dávali vedle postele a zase ho odnesli, když se sám nebyl schopen najíst. Fyzioterapeut s ním cvičil velmi nedbale. Bzučák určený pro přivolání sestry byl všeobecně ignorován. Zkušenosti podobné jeho příběhu měli i jiní obyvatelé tohoto zařízení.

(HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005)

2.1.6. Sebezanedbávání

Ekvivalenty: zanedbávání sebe sama, vlastní zanedbávání^{25,26}

Projevy:

- Jde o situace, v nichž je starý člověk zároveň pachatelem i obětí zanedbávání.
- Většina autorů se shoduje v tom, že sebezanedbávání může být vědomé, nebo nevědomé, kdy k zanedbávání dochází z důvodu nedostatečné kapacity postarat se sám o sebe (mentální deteriorace, nepozornost atd.).
- Podle Whiteové je důležité rozlišovat, zda jde o náhlou změnu ve schopnosti postarat se sám o sebe, nebo o způsob životního stylu, kdy jedinci na některých věcech prostě nezáleží. Podle toho by měla vypadat i intervence (WHITE, 2000).
- Důvodem k sebezanedbávání může být i špatná materiální a sociální situace.
- U sebezanedbávání může dojít k těmto situacím: senior je neschopen nebo neochoten zajistit si stravu, oblečení, ubytování, zapomíná nebo odmítá brát léky nebo vyhledávat lékařskou péči, provádí nedostatečnou hygienu, neuklízí, nepere

²⁵ Nad používáním termínu „sebezanedbávání“ jsem dlouho přemýšlela. V české odborné literatuře se používají výhradně jeho dva ekvivalenty, mi se však tento termín jeví jako krátký a výstižný, proto jsem se nakonec rozhodla jej ve své práci používat.

²⁶ Anglická terminologie: self-neglect.

a podobně, čímž ohrožuje vlastní zdraví a bezpečnost a zanedbává své sociální, fyzické i psychologické potřeby.

- Hogstelová a Curryová za sebezanedbávání považují i vědomé či nevědomé sebevražedné myšlenky²⁷ (HOGSTEL, CURRY, 1999).

Sebezanedbáváním tedy můžeme rozumět takové zacházení se sebou samým, při kterém jsou ohroženy základní životní potřeby včetně zdraví a bezpečnosti a ke kterému může starý člověk přistupovat vědomě, ale také nevědomě v případě zhoršené mentální nebo fyzické kapacity.

Lékař navštívil doma pana J., 83letého muže, který odmítal lékařskou péči. Pan J. žil sám v pátém patře domu bez výtahu. Měl dlouhé vousy a nápadnou chronickou kožní vyrážku. Jeho žena zemřela před několika lety a děti se odstěhovaly do jiného státu. Byl zanesený od podlahy až ke stropu léta shromažďovaným odpadem, knihami, krabicemi od pizzy a rozbitým nábytkem. Z pokoje do pokoje vedla jen úzká ulička mezi horami plesnivého harampádí až k lehátku, na kterém spal. Pan J. váhavě souhlasil s návštěvou lékaře, ale i nadále odmítal podrobit se krevním testům a medikaci.

(LEVINE, 2003)

Pan V. zanedbával osobní hygienu i uklízení své domácnosti, ale spolupracoval při léčebných postupech. Podle něj to, jak žije, je čistě jeho osobní rozhodnutí, tento způsob života mu nezpůsobuje žádné problémy. Odmítal profesionální pomoc. Ošetřovatelky i jeho praktický lékař jej označovaly za nejhorší případ sebezanedbávání, s jakým se ve své praxi setkali. Jedna pečovatelka popsala jeho případ slovy:

„U vchodu leží hromada reklamních letáků, když vstoupíte do obývacího pokoje, všude se válí oblečení. Ani nevím, jak to popsat, je to neuvěřitelný dům. Ty pavučiny...je to jako ve filmu. Visí ze stropu, na zdech... to je prostě neskutečné. Ani netuším, co se válí okolo, ale všechno je tam prostě nasrávané za ty roky, nikdy se s tím nepohnulo, nikdo se toho nikdy nedotkl....kuchyň je odporná.“

Panu M. nebyla formálně diagnostikována žádná duševní porucha, ale jeho praktický lékař si myslí, že jeho sebezanedbávání může být způsobeno nějakým hlubokým vnitřním psychologickým problémem.

(GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006)

²⁷ Považovat sebevražedné myšlenky za formu sebezanedbávání však může vyznít jako poněkud extrémní názor. Více k tomuto tématu v kapitole *Obět', pachatel a rizikové faktory EAN*.

2.1.7. Další typy:

Kromě výše uvedených typů EAN najdeme i další, které někteří autoři považovali za natolik důležité, že jim vyčlenili v typologii samostatné místo. Většinou je lze bez problémů zahrnout pod některý z hlavních typů, ale pro úplnost je tady uvedu.

Opuštění²⁸: Osoba, která je zodpovědná za poskytování péče starému člověku, jej zanechá svému osudu. Odstěhuje se jinam či odjede na dovolenou, aniž by zajistila náhradního pečovatele (THOMPSON, PRIEST, 2005).

Omezování, nepřiměřené použití omezovacích prostředků²⁹: Nevhodné, nepotřebné nebo násilné použití popruhů, postelových zábran, síťových lůžek, pout místo krajnic; dlouhodobé umístění v jedné pozici, zamykání v pokoji, rozestavování nábytku tak, aby kolem něj senior nemohl projet na invalidním vozíku, nepomáhání při vstávání a chození, které senior sám nezvládne apod. Účelem bývá izolace nebo zabránění přílišné³⁰ aktivitě. Spadá sem i zneužívání léků (GOERGEN, 2004).

Zneužívání léků³¹: Používání léků³² nikoliv za účelem léčby, ale za účelem dohledu nad chováním starého člověka. Často se používá u lidí s demencí, agresivních nebo hlasitých pacientů, u seniorů odmítajících předepsanou léčbu apod. (GOERGEN, 2004). Může ale jít také o opačný extrém, nevhodně nízkou nebo žádnou medikaci, například u seniorů trpících nějakou chronickou chorobou (COLLINS, 2006).

Porušování lidských práv³³: Deprivace jakéhokoliv nezcizitelného práva (osobní svobody, osobního vlastnictví, soukromí, projevu, shromažďování, hlasování, náboženství atd.), např. ztráta fyzického nebo psychologického soukromí, nedostatek autonomie v rozhodování, nedostatečné informování o léčebných alternativách, vynucení sňatku atd. (HOGSTEL, CURRY, 1999; SWAGERTY, TAKAHASHI, EWANS, 1999).

²⁸ Anglická terminologie: abandonment.

²⁹ Anglická terminologie: inappropriate use of restraints.

³⁰ Rozuměj: Přílišné z hlediska pečovatele-pachatele.

³¹ Anglická terminologie: medical abuse.

³² Často jsou zneužívána sedativa, haloperidol atd. (COLLINS, 2006).

³³ Anglická terminologie: violation of personal rights.

Diskriminace³⁴: rasová diskriminace, sexistická diskriminace druhého pohlaví, diskriminace na základě handicapu nebo věku³⁵ (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004).

Institucionální zneužívání³⁶: špatná práce personálu v institucích, kdy jsou procedury upraveny tak, aby vyhovovaly potřebám personálu a organizace, nikoliv klientů (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004).

Systémové ponižování³⁷: starý člověk je podrobován nadměrně tvrdým a ponižujícím postupům v rámci poskytování sociálních, zdravotních a právních služeb (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005).

2.1.8. Koexistence typů EAN

V mnoha případech špatného zacházení se starými lidmi dochází k užívání více typů násilí najednou. Častá je především kombinace zanedbávání a jednoho z dalších typů: materiálního zneužívání, psychického násilí nebo fyzického násilí.

Kromě toho se případy EAN mohou odehrávat opakovaně, a to i často. Například Fisherová a Reganová uvádějí, že psychické týrání se opakovaně objevovalo u 47% psychicky týraných v jejich výzkumném vzorku, z toho 57% zažívalo tento druh týrání často (FISHER, REGAN, 2006).

Pěťasedmdesátiletá žena přišla na kliniku kvůli otokům a vysokému tlaku. Během návštěvy byla tichá a neúčastná. Další den lékař obdržel rozzuřený telefonát od její dcery, která mu řekla, že její matka je nekompetentní a měla by být umístěna do ústavu. Během dalšího rozhovoru lékař zjistil, že dcera společně s bratrem a několika vnuky s matkou bydlí, syn je zdravotník a dcera dostává sociální dávky. Lékař se rozhodl zajít k nim domů. I když žádal, aby děti staré paní byly doma, dcera tam nebyla a syn spal, a podle staré paní ho nešlo vzbudit. Interiéry domu byly podle všeho dříve elegantní, ale nyní zanedbané. Lékař provedl paní mentální zkoušku, skórovala 20 ze 30. Sdělila mu, že obě její děti s ní žijí zadarmo, na oplátku se o ni mají starat, ale jsou zřídkakdy doma. Uvedla, že dcera užívala drogy a v té době jí kradla věci a několikrát ji napadla. V současné době prý však k násilí nedocházelo. Lékař nadnesl možnost přestěhovat se

³⁴ Anglická terminologie: discriminatory abuse.

³⁵ Diskriminace na základě věku se také jinak nazývá ageismus. Více informací v příručce Tošnerové (TOŠNEROVÁ, 2002a).

³⁶ Anglická terminologie: institutional abuse.

³⁷ Anglická terminologie: system humiliation.

do pečovatelského domu, paní však odpověděla: „Moje dcera chce získat dům. To je důvod, proč mě chce dát do ústavu.“ Podle jejího názoru se její děti o ni starají adekvátně.

(WOLF, 1999)

Paní Florence (71 let) věděla o finančním zneužívání všechno. Její dcera ji přivedla k bankrotu před několika lety. A nyní se zdálo, že vnuk následoval jejího příkladu. Jeho požadavky po penězích přivedly paní F. k tomu, že se svěřila sousedovi se sebevražednými myšlenkami. Soused, který slýchal vnukovy slovní výhrůžky, se rozhodl informovat sociální pracovníci. Ta navštívila paní F. v době, kdy si myslela, že vnuk nebude doma. Ale otevřel dveře a byl velmi nepřátelský. Řekl, že babička je nemocná a leží v posteli. Sociální pracovníce řekla, že tedy přijde jindy, ale vnuk odsekl, že s ní babička stejně nebude mluvit, a zabouchl dveře. Několik dalších pokusů o návštěvu selhalo, až opět s pomocí souseda se podařilo domluvit schůzku. Soused věděl, jak násilnický dokáže vnuk být, viděl ho rozbíjet nábytek a bít zvířata. Paní F. byla při návštěvě lucidní, ale extrémně vystresovaná. Chtěla, aby vnuk opustil její dům,³⁸ ale nechtěla, aby byl zatčen. Na následné intervenci pracoval multidisciplinární tým zahrnující policii, osobu z úřadu pro ochranu dospělých, jednotku domácího násilí a jiné. Paní F. se nechtěla účastnit schůzek týmu, ale informovali ji o všech krocích, které hodlali podniknout. Situace se pak vyřešila jiným způsobem, když byl vnuk zatčen, protože hrozil zabitím svému strýci. Paní F. se poté ulevilo, nicméně chtěla vnuka dále vidat.

(HOPKINS, 2004)

Třiasedmdesátiletá Clara T. žije se svým manželem Tomem. Měla mozkovou mrtvici a zůstala paralyzovaná na pravou stranu, nemůže chodit, mluví s obtížemi a většinu času tráví v posteli umístěné v jídelně. Zdravotník, který za ní dochází domů na kontroly, byl svědkem následující události, kterou poté nahlásil: Během jedné rutinní návštěvy Clara začala plakat, oznámila, že se necítí dobře a požádala Toma, aby jí přinesl prášek proti bolesti. Tom jí nevrle odpověděl, aby sklapla. Clara začala plakat ještě více. Tom vzal polštář, přitiskl ho silou na její obličej a zuřivě prohlásil, že když jí řekl, aby sklapla, tak to má taky udělat.

(RAMSEY-KLAWSNIK, 2000)

„Před dvěma lety byla na denní pobyt pro seniory přijata klientka po cévní mozkové příhodě s fatickou poruchou a ve velmi špatném stavu. Dcera, která ji přivedla, se za ni styděla a paní si po celou dobu držela kapesník před obličejem. Později jsme se dozvěděli, že dceři její manžel zakazoval, aby se o svou matku starala, a zakazoval jí matku navštěvovat. Ve velmi krátké době se nám podařilo vlivem logopedických cvičení viditelně zlepšit její řečový handicap a i po psychické stránce se její stav viditelně zlepšil.“

(BOHÁČKOVÁ, 2002, s.29-30)

³⁸ O práci multidisciplinárních týmů pojednávám v kapitole *Intervence a prevence EAN*.

2.2. Prevalence jednotlivých typů EAN

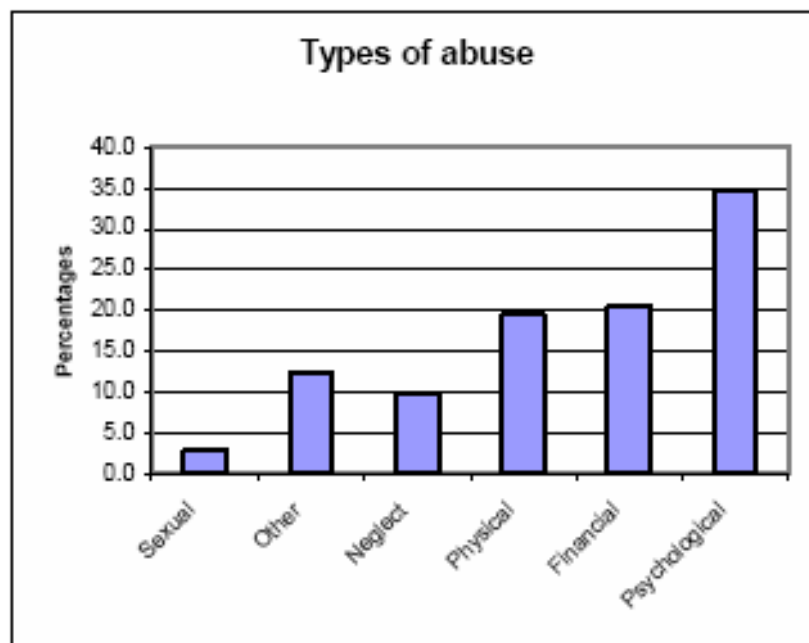
Celkovou prevalencí EAN jsem se již zabývala v předcházející kapitole. Pro prevalenci jednotlivých typů platí stejná omezení pro její odpovídající určení jako pro prevalenci celkovou:

- Zjištěná procenta jsou jen špičkou ledovce, neboť lidé nemají povědomí o EAN, tudíž ho nemusejí rozeznat; pokud ho rozeznají, existuje spousta důvodů, proč jej nehlásí³⁹.
- Metodologické omezení spočívá v nejasném definování EAN jako takového i jednotlivých typů. Viděli jsme, že se mohou různě překrývat a členit. V každém šetření či výzkumu je využívána definice podle volby výzkumníka, členění podle volby výzkumníka, navíc může být k získání dat využit různý vzorek (obětí, svědků, zdravotnického personálu apod.). Tato různorodá data je tedy velmi těžké srovnávat.

Především omezení uvedené na druhém místě se promítne i do této kapitoly. Uvidíme, jak se mohou lišit závěry jednotlivých studií. Přitom nemůžeme vzít za „obecně nejplatnější“ ani ty údaje, které se vyskytují nejčastěji, neboť jde nezřídka jen o citování hodně známého informačního zdroje (který nemusí být ani jako citace uveden). Dále je třeba vzít v úvahu, že někteří autoři používají uvedená procenta výskytu EAN v celé populaci (prevalence), jiní jen v populaci obětí.

Příkladem onoho hodně citovaného (i citovaného bez uvedení původce) informačního zdroje je rozbor telefonátů na *Action on Elder Abuse* helplinku (Action on Elder Abuse, 2004). Z jejich statistik (více než 10.000 telefonátů během 6,5 let) vyplývá, že nejčastějším typem EAN je psychické týrání. Následuje materiální zneužívání a fyzické násilí, nejméně časté je sexuální zneužívání. Ve zhruba 12% procentech šlo o případy jiných než základních pěti typů EAN. Přesná čísla vidíme v následující tabulce:

³⁹ Více v kapitole *Příznaky EAN a jeho detekce*.



Převzato z Action on Elder Abuse : *Memorandum on Elder Abuse* (Action on Elder Abuse, 2003).

Mosquedová et al. uvádí statistiky případů hlášených v rámci projektu VAST (*The Vulnerable Adult Specialist Team*)⁴⁰. Jejich tým odborníků řešil nejčastěji případy sebezanedbávání (35%), dále psychického týrání (19%), zanedbávání jinou osobou (17%); o materiální zneužívání šlo v 16% případů, o fyzické týrání v 10% případů, nejméně časté pak bylo sexuální zneužívání (2%) (MOSQUEDA et al., 2004).

Podle Mikosové je nejčastější zanedbávání (45% ze 100%). Následuje psychické týrání a fyzické týrání (20%). Nejméně časté je sexuální zneužívání (1% hlášených případů). Tato autorka zdůrazňuje, že se často uveřejňuje, že nejčastější typ EAN je fyzické násilí, ale data sebraná v 29 státech v roce 1990 a 30 států v roce 1991 v USA to popírají (MIKOS, 1999).

Wielandová cituje Tataru, který uspořádal výzkumy NARCEA v letech 1990-1991, podle něj šlo ve více než polovině případů o sebezanedbávání. Následovalo zanedbávání (46%), fyzické násilí (20%), materiální zneužívání (17%), dále psychické násilí (13%), na posledním místě bylo sexuální zneužívání (0,6%). Na okrajové typy EAN připadla 4% (WIELAND, 2000).

⁴⁰ Jde o nový model integrace zdravotnických a sociálních služeb v USA.

Fisherová a Reganová ve své studii z roku 2006 zkoumaly výskyt EAN u žen nad 60 let v USA. Došly k hrozivým závěrům: psychické týrání minimálně jednou zažilo 44,6% žen ze zkoumaného vzorku. Na druhém a třetím místě uvedly nadměrnou kontrolu a hrozby (11,7% a 4,1%), které můžeme zahrnout právě pod psychické násilí, čímž procenta opět narostou. V 3,8% případů byly ženy oběťmi fyzického násilí, v 3,4% oběťmi sexuálního zneužívání (FISHER, REGAN, 2006).

Roeová uvádí některé další studie prevalence EAN, přičemž zdůrazňuje, že jich není mnoho. V bostonské studii Pillemera a Finkelhora v roce 1998 došli autoři k celkové prevalenci 3% zneužívaných seniorů v populaci, z toho připadá 20 případů na 1000 obyvatel na fyzické týrání, 11 na psychické týrání a 4 případy z tisíce na zanedbávání. Autorka dále cituje výsledky telefonického průzkumu v Kanadě: 4% populace jsou postižena EAN, nejčastější je materiální zneužívání (19-33 případů na 1000 obyvatel), dále psychické týrání (8-18 případů na 1000 obyvatel) a fyzické týrání (3-9 obětí na 1000 obyvatel). Roeová zdůrazňuje, že zde hrají roli kulturní rozdíly – v britské studii Ogga a Bennetta z roku 1992 došli autoři k závěru, že obětí EAN je každý dvacátý Brit, přičemž v 10% jde o psychické týrání, zatímco fyzické týrání se vyskytuje jen v 1% případů (ROE, 2002).

S ohledem na pravděpodobné kulturní rozdíly můžeme uvést výsledky průzkumu v českých obcích STOLÍNA (In Život 90, c2006), který ve své bakalářské práci došel k závěru, že nejčastější je materiální zneužívání (38%), následuje zanedbávání (29%), fyzické násilí (20%), psychické násilí se vyskytuje v 11% případů ze všech případů EAN, sexuální zneužívání pak ve 2%.

Zajímavé jsou také studie konkrétněji zaměřené na EAN v institucích. Tady Roeová cituje Ainsworthovu práci z roku 2001, podle něhož je v ústavní péči nejčastější fyzické týrání, dále materiální zneužívání následované psychickým týráním (ROE, 2002). Velmi pečlivě se tomuto tématu věnoval Goergen, který se dotazoval ošetřovatelek v institucích ústavní péče⁴¹, zda byly svědky EAN či zda samy spáchaly tento čin. Celkové výsledky autor umístil do přehledných a podrobných tabulek, které

⁴¹ Angl. *nursing home* – pod překlad tohoto pojmu můžeme zahrnout všechna zařízení, ve kterých staří lidé žijí trvale a ve kterých o ně do nějaké míry pečuje ošetrovatelský personál. Jedná se tedy o domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou, ústavy sociální péče.

najdete v *Příloze 2*. Tady si pro ilustraci uvedeme výskyt fyzického násilí (užití omezovacích prostředků autor vymezil jako samostatný typ): někdy ve své pracovní kariéře bylo pachatelem fyzického násilí 19,8% ošetřovatelek (a 21% bylo někdy svědkem takového konání). V jiné studii autor zkoumal výskyt násilí v posledním roce: pachatelem fyzického násilí v průběhu předchozích 12 měsíců bylo 23,5% ošetřovatelek, 34% ošetřovatelek bylo svědkem takového počínání. Kromě údajů od samotných ošetřovatelek Goergen uvádí také výsledky inspekcí v ústavních zařízeních: inspekce odhalila EAN v 38,5% případů. Inspektoři nejčastěji odhalovali zanedbávání, zato našli málo případů fyzického nebo psychického týrání (GOERGEN, 2004)).

Podíváme-li se tedy na předchozí odstavce, vidíme, že jednotliví autoři došli ve svých výzkumech snad ke všem možným kombinacím pořadí výskytu jednotlivých typů EAN. Jediné, na čem se většina autorů v souladu se svými výsledky shodne, je fakt, že nejméně frekventovaným typem EAN je sexuální zneužívání. Ale zde je možná více než jinde na místě upozornit, že data výskytu jsou zkreslená. U starší generace už samotné sexuální chování je dost tabuizované, natož pokud k němu dochází v kombinaci s násilím. Je proto možné, že takovou intimní záležitost starý člověk tají ještě mnohem úzkostněji než například to, že ho někdo okrádá nebo na něj křičí.

V této kapitole jsme se tedy podívali na obsah pojmu EAN, který tvoří jednotlivé typy. Těchto typů můžeme rozeznávat několik, od nejzákladnějšího členění do 3 kategorií, až po 7 podrobných kategorií. Pro každý z typů můžeme najít více označení, která jsou navzájem ekvivalentní. Podívali jsme se na projevy jednotlivých typů, na jejich procentuální výskyt ve společnosti (prevalenci) a na poměry výskytů mezi jednotlivými typy navzájem. Ukázalo se, že se nedá jednoznačně říci, který typ EAN mezi obětmi převládá, naopak se zdá, že nejméně se mezi staršími obětmi vyskytuje typ sexuálního zneužívání.

3. Příznaky EAN a jeho detekce

Jak jsem již v předcházejících kapitolách mnohokrát upozornila, není znám přesný rozsah jevu, který nazýváme EAN. Velikost populace, která je tímto syndromem zasažena, je pouze odhadována, a všichni, kteří se o to pokusili, zdůrazňují, že zveřejněná procenta postižených jsou pouze špičkou ledovce. Tato skutečnost do značné míry vyplývá z toho, že značná část případů EAN není ani odhalena, a pokud ano, nemusí se o tom stejně nikdo kompetentní dovědět. O zákulisí detekce EAN pojednávám právě v této kapitole.

Kdo může případ EAN odhalit? Jak to může udělat? Které faktory mu to mohou ztížit nebo znemožnit? Které příznaky⁴² by měly vzbudit jeho podezření? Existují diagnostické metody, které by mu mohly pomoci? Pokud dotyčný případ EAN odhalí, jak se může zachovat?

3.1. Obecné příznaky EAN a příznaky jednotlivých typů

To, že je nějaký starý člověk obětí syndromu EAN, může zjistit jeho praktický lékař, lékař v instituci, zdravotní sestra nebo pečovatelka v instituci, pohotovostní personál, dále to mohou být blízcí příbuzní i vzdálenější členové rodiny, přátelé a známí, sousedé, sociální pracovníci, úředníci, duchovní, ale bohužel někdy až policisté, ohledávající mrtvých a pracovníci pohřebních ústavů (HICKEY, DOUGLASS, 1981). Podmínkou je, aby přišli s tímto člověkem do styku a aby měli alespoň základní povědomí o EAN a jeho projevech. Vzhledem k tomu, že u starých lidí je častá určitá sociální izolace, a zároveň laická veřejnost o EAN téměř netuší, mají větší šanci EAN odhalit spíše praktičtí lékaři a lékaři a zdravotní sestry v nemocnicích.

Detekci EAN však znesnadňuje řada činitelů. Je to především skutečnost, že jen málokterý starý člověk se chce s touto skutečností svěřit. Může mít strach, může si

⁴² Mnozí autoři nerozlišují mezi příznaky syndromu EAN a rizikovými faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že k němu dojde (například rizikovým faktorem materiálního zneužívání je finanční závislost pečovatele na seniorovi, příznakem pak je nápadné ubývání peněz z konta seniora). Někdy je také těžké mezi nimi rozlišit (demence nebo deprese mohou být rizikovým faktorem i příznakem), přesto se o to v této práci pokusím. Rizikové faktory přiblížím v samostatné podkapitole.

myslet, že je to jeho vina, může se stydět atd.⁴³ Pokud se svěřit chce, nemusí být v dostatečné mentální kondici. Někdy po odhalení svého trápení touží na nevědomé úrovni, pak navštěvuje lékaře z rozličných důvodů, které maskují pravou podstatu problému. Oběť syndromu EAN také může být izolována, a to z vlastní vůle i z vůle pachatele. Pokud se jedná o zneužívání v rodině, může zde vládnout jisté konspirativní mlčení jednotlivých členů, a zároveň odpor vnějších pozorovatelů zasáhnout, mísit se do cizích záležitostí (KOSBERG, 1998). Nehledě na to, že EAN se většinou odehrává v soukromí, jen mezi pachatelem a obětí, kde se nevyskytuje žádný svědek. Kosberg také zdůrazňuje, že EAN může být „neviditelný“ proto, že se vyskytuje v místech, kde je považován za normální jev (například psychiatrické léčebny).

Příznaky, které mohou signalizovat, že je dotyčný senior obětí EAN, bývají rozličné. Problém je v tom, že nejsou nikdy jednoznačné: modřiny po celém těle mohou znamenat, že dotyčného někdo bije, ale také mohl skutečně jen spadnout ze schodů, jak tvrdí. Nedodržování léčby je u starých lidí poměrně časté, co když mu ale léky záměrně zadržuje jeho pečovatel? Starší člověk také může trpět jednou i několika chronickými chorobami, jejichž příznaky se mohou míchat s příznaky EAN, nebo je maskovat (LACHS, PILLEMER, 2004).

Když vezmeme v potaz skutečnost, že jen málokterý lékař nebo zdravotní sestra jsou skutečně vzděláni v této oblasti a že neexistuje mnoho diagnostických pomůcek, které by mohli při detekci využívat, je zřejmé, že úplná detekce případů EAN je jen velmi těžko uskutečnitelná.

Podívejme se nyní na obecné příznaky, které mohou signalizovat EAN. Ještě jednou připomínám, že *mohou*, ale *nemusí* znamenat, že je špatné zacházení se seniorem skutečně přítomno. Měly by vzbudit naše podezření, ale pro jednoznačnou diagnózu je třeba komplexní vyšetření a získání co nejúplnější výpovědi seniora. Na druhé straně jejich nepřítomnost ještě nemusí znamenat, že klienta se EAN netýká.

⁴³ Podrobně se motivům utajování existence EAN ze strany oběti budu věnovat v kapitole *Oběť, pachatel a rizikové faktory EAN*.

3.1.1. Obecné příznaky EAN u oběti:

- senior si stěžuje na nejasné somatické potíže, zmateně nebo neznatelně něco naznačuje;
- když se jej zeptáme na péči, je vystrašený, váhavý nebo obezřetný při podávání informací, odpovídá nacvičeně nebo pokaždé jinak;
- podává nám vysvětlení nekonzistentní s lékařským nálezem nebo s vysvětlením pečovatele;
- nedovede vysvětlit, jak přišel k určitému zranění, zejména jde-li o zranění opakovaná;
- nespolupracuje s léčebným režimem, nedostaví se na domluvený termín prohlídky;
- často střídá lékaře, je často hospitalizován;
- má očividný strach z pečovatele, ustupuje před ním a uhýbá očima;
- (především u dementních osob) strach nebo nevysvětlitelný odpor k fyzickému kontaktu, svlékání, asistenci na záchodě nebo pomoci s umýváním intimních partií;
- deprese, úzkost, nespavost, stažení do sebe, agresivita, podezřívavost, myšlenky na sebevraždu;
- často pláče a neumí to vysvětlit;
- náhlá změna v chování.

3.1.2. Obecné příznaky EAN u pachatele:

- odmítá odpovědět na otázky ohledně podezřelého lékařského nálezu nebo nemoci, nebo je vysvětluje vágně a nepravděpodobně;
- nedostaví se na domluvený termín;
- nenavštíví starého člověka v nemocnici, ani když jde o dlouhodobou hospitalizaci;
- nezná zdravotní stav seniora a nezajímá se o něj, nebo se naopak zajímá přespříliš;

- příliš se stará o to, kolik bude zákrok nebo vyšetření stát;
- odmítá, aby byl senior hospitalizován, i když to jeho stav nutně vyžaduje;
- pokouší se ovládnout průběh vyšetření a rozhovoru, odpovídá za svého svěřence;
- verbální agrese nebo hostilita vůči pacientovi nebo lékaři v průběhu schůzky;
- nedovoluje návštěvy u seniora, opakovaně se vymlouvá;
- varovným signálem je vysoká hladina netrpělivosti pečovatele při zacházení se seniorem.

Hodně napoví komunikace mezi starým člověkem a jeho pečovatelem. (GRAY-VICKREY, 1999) Jak spolu jednají? Smějí se spolu, nebo sedí a mlčí? Mluví pečovatel měkce a konejšivě, nebo hlasitě a výhrůžně? Dotýká se svého svěřence jemně nebo hrubě? Nebo se ho nedotýká vůbec? Vládne mezi nimi tenze, nebo lhostejnost? Dívají se vzájemně do očí? Mluví spolu?

3.1.3. Příznaky jednotlivých typů EAN

Marshall, Benton a Brazier uvádějí, že u geriatrických pacientů se mohou lékaři setkat s příznaky, které se běžně vyskytují také u postižené pediatrické populace. Může jít o popáleniny, fobie, nedostatečnou hygienu, venerické choroby a podobně, které si pro přehlednost můžeme uvést tak, jak se vyskytují u jednotlivých typů (MARSHALL, BENTON, BRAZIER, 2000). Detekce jednotlivých typů EAN je také různě obtížná – příznaky fyzického násilí bývají výmluvnější a viditelnější, než například známky psychického týrání nebo zanedbávání (STABLEFORD, 2005).

V *Příloze 3* uvádím příznaky jednotlivých typů EAN, přičemž pro všechny tyto typy platí, že na jejich existenci mohou upozornit také obecné příznaky, tak jak byly uvedeny výše.

3.2. Diagnostika EAN

Každý, kdo si všimne výše uvedených příznaků, nebo komu se starý člověk svěří se zkušeností týrání nebo zneužívání, by se měl snažit o případu zjistit co nejvíce informací, aby mohl podnikat návazné kroky, které mohou situaci zvrátit. Jak jsem již řekla, podezření na EAN získají nejspíše lékaři a zdravotní sestry, kteří se jednak se starými lidmi dostanou často do styku a u kterých se také dá spíše než u obecné veřejnosti očekávat určitá míra povědomí o tom, že EAN vůbec existuje. Co by tedy měli tito profesionálové udělat, získají-li u svého pacienta pocit, že by mohl být obětí EAN, nebo když se jim pacient s takovou věcí svěří?

Podezření musí být pokud možno potvrzeno nebo vyvráceno pomocí zevrubného lékařského vyšetření. Je-li EAN skutečně potvrzen a diagnostikován, je nutné vytvořit co nepodrobnější dokumentaci, která může posléze sloužit jako důkazový materiál. Lékař ani ostatní zdravotnický personál by se neměli snažit situaci řešit na vlastní pěst. Měli by vědět o možnostech, kam ten který případ EAN oznámit, a tím spustit následnou intervenci.

Diagnostika závisí na získání přesné anamnézy, a to pokud možno od pacienta i pečovatele (je vhodné dotazovat se každého zvlášť). Získávání informací od seniora může ztěžovat jeho kognitivní poškození, hodnověrnost informací ohodnotí vyšetření psychického stavu. Kromě anamnézy a psychického ohodnocení je třeba provést komplexní fyzickou prohlídku (SWAGERTY, TAKAHASHI, EVANS, 1999).

Neexistuje jednotný protokol na diagnostiku EAN, podobně téměř nenajdeme standardní diagnostické metody pro EAN. Ty existující jsou velmi nedokonalé, nejsou také standardizované na větší vzorky (LACHS, PILLEMER, 2004). O něco lepší je situace u screeningových metod. Podobně jako u hloubkové diagnostiky EAN ani zde neexistuje metoda, která by byla široce využívána a standardizována na širokou populaci, nicméně jsem alespoň našla takovou metodu, které zmiňuje více než jeden odborník. Jedná se o „Indicator of Abuse“ Instrument (IOA), který vytvořily autorky Reisová a Nahmiashová. Jednu z jeho verzí najdete v Příloze 4 (REIS, NAHMIASH, 1998).

Většina odborníků zastává názor, že by seniorská populace měla být plošně vyšetřována na EAN, aby se maximalizovalo procento odhalených obětí toho syndromu. Z druhého tábora, který je v menšině, si uveďme argumenty Lachse a Pillemera. Ti nevidí důvod, proč by i očividně asymptomatictí klienti měli být podrobováni orientačním testům na EAN. Volají po dalším podrobném výzkumu, který by tuto otázku potvrdil nebo vyvrátil. Nebyly vytvořeny žádné efektivní screeningové nástroje, které by se daly široce využívat, a i kdyby byly, ještě žádný výzkum dostatečně nedokázal, že intervence u těch, kteří byli identifikováni, skutečně vylepšila jejich životní situaci. Naopak zastávají názor, že intervence paradoxně často jejich situaci zhorší, když se oběť i pachatel dostanou do centra pozornosti oficiálních agentur a zdravotnických zařízení (LACHS, PILLEMER, 2004).

Mnozí lékaři při orientační detekci EAN nevyužívají žádnou z metod, ale používají vlastní klinickou zkušenost a odhadují potenciální týrané staré lidi podle obrazu typické oběti. Avšak vzhledem k tomu, že podle mnoha odborníků taková modelová oběť EAN neexistuje, měli by se lékaři, kteří se rozhodli pro tento způsob detekce, alespoň orientačně ptát každého seniora, který začne užívat jejich služeb (a poté periodicky znovu), alespoň na některé z následujících otázek (GRAY-VICKREY, 2000):

- Jste spokojený s vaší životní situací?
- Jak vypadá váš typický den?
- Kdo vám podává vaše léky?
- Kdo vám pomáhá s koupáním a jídlem?
- Kdo se o vás doma stará?
- Odepřel vám někdy někdo jídlo nebo léky?
- Cítíte se bezpečně tam, kde žijete?
- Křičí na vás někdo nebo trestá vás nějakým způsobem?
- Kdo spravuje vaše finance?
- Sebral někdy někdo váš majetek nebo peníze bez vašeho svolení?
- Ublížil vám někdo?
- Dotkl se vás někdy někdo bez vašeho souhlasu?
- Vyhrožuje vám někdo?
- Bojíte se vašeho pečovatele?

- Nutil vás někdo dělat věci, které jste dělat nechtěl?
- Vyhrožoval vám někdo umístěním do domova důchodců?

3.3. Vzdělávání a výcvik

Lachs a Pillemer zdůrazňují, že dobrá screeningová metoda i hluboká klinická zkušenost mají omezenou platnost, pokud není lékař v této oblasti odborně vzdělán (LACHS, PILLEMER, 2004). Po specializovaném vzdělávání a výcviku orientovaném na EAN volají i mnozí další odborníci. Mezi argumenty, proč je třeba vzdělávat profesionály i laickou veřejnost⁴⁴, zaznívají tyto:

- Je třeba zvýšit povědomí o EAN, aby si lidé uvědomili, že něco takového jako syndrom špatného zacházení se starými lidmi vůbec existuje;
- Pak si ho mohou spíše všimnout, je tedy usnadněna detekce, k čemuž přispějí i hlubší znalosti příznaků a odhalovacích postupů z výcviku;
- Spíše pak zaujmou aktivní postoj a oběti se snaží pomoci, protože už vědí, jak postupovat (co je potřeba udělat, na čem se domluvit s obětí, koho kontaktovat)⁴⁵.
- Vzdělávání profesionálních pečovatelů jim umožní nahlédnout do mechanismu rizikových situací, a tím působit preventivně.
- Informovaní lidé mají vyšší pravděpodobnost, že se nestanou obětmi a tak dále.

Lékaři (především praktičtí lékaři, lékaři na pohotovosti, psychiatrii a geriatrii) a zdravotní sestry (a pečovatelé, ošetřovatelé) by měli být vzdělávání již v rámci příslušného studia. Lachs a Pillemer zdůrazňují, že na medicíně je součástí osnov CAN i domácí násilí, EAN však nikoliv. Kromě toho by měli být všichni profesionálové, kteří při své práci přijdou do styku se seniory, vzdělávání také průběžně, a to v rámci svých pracovních míst (jejich zaměstnavatel by měl být zodpovědný za jejich další výcvik).

⁴⁴ Otázce vzdělávání laické veřejnosti se budu zabývat v kapitole *Intervence a prevence EAN*.

⁴⁵ Nedostatek vzdělání a nevědomost praktických postupů pro a po odhalení EAN je mnohými respondenty zmiňováno jako největší překážka pro jejich aktivní postoj, viz dále.

Vzdělávací programy by měly být nabídnuty také seniorům (aby se mohli identifikovat jako postižení EAN, pokud se jich to týká, a aby věděli, kam se obrátit) a jejich pečovatelům. Ti by se měli dovědět o tom, co obnáší péče o starého člověka, na co si mají dávat pozor (stres, syndrom vyhoření atd.), a měli tak možnost se rozhodnout, zda na sebe chtějí tento úkol vzít, a věděli, jak se vyvarovat nežádoucího chování.

Vzdělávání by mělo být iniciováno státem, univerzitami, nezávislými organizacemi, které se ve své činnosti věnují seniorům nebo násilí, managementem jednotlivých institucí (domovů důchodců, ústavů sociální péče, pečovatelských domů, nemocnic atd.), ale vlastně i jednotlivými lékaři a sestrami. Otevřená komunikace problému EAN působí jednak preventivně, jednak dodává odvahu jednat, pokud k němu dojde.

Zatím se neví, jakých forem by mělo vzdělávání ideálně nabírat, výzkum je v tomto ohledu naprosto nedostatečný (MANTHORPE et al., 2005). Je zřejmé, že forma bude odviset od cílové skupiny, na kterou je vzdělávání zaměřeno. Může jít o přednášky, semináře, konference, mohou být rozdávány brožurky a letáky se základními informacemi o EAN, příručky atd.

Nezávisle na cílové skupině i formě by postatou takového vzdělávání mělo být zvyšování povědomí o EAN, zvyšování osobní odpovědnosti za detekci jednotlivého případu, větší informovanost o možnostech další intervence, která pro většinu lidí znamená především oznámení případu příslušné osobě nebo úřadu, který je pro intervenci EAN kompetentní. Intervencí se budu zabývat v jiné kapitole, tady bych však chtěla (v souvislosti se vzděláváním a detekcí vůbec) vyložit důvody, které podle jednotlivých autorů respondenti nejčastěji uvádějí jako odpověď na otázku: Proč (byste) jste nic nepodnikl? Uvidíme, že odpovědi často souvisí s tím, co bylo uvedeno v této kapitole.

- (Lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé a jiní) nejsou dost vzdělání, aby EAN vůbec detekovali (SWAGERTY, TAKAHASHI, EVANS, 1999). Nevědí, kdo může být potenciální pachatel, jaké jsou příznaky u oběti, nevědí, že například zanedbávání také patří pod EAN (MANTHORPE et al., 2005), pochybují, že jsou schopni EAN rozeznat (HOGSTEL, CURRY, 1999),

neuvědomují si, že by se EAN mohlo týkat i jejich klientů (KAHAN, PARIS, 2003) atd.

- (...) nevěří, že by mohlo jít o EAN, příznaky připisují něčemu jinému nebo je ignorují. Příznaky mohou být příliš jemné a nerozlišitelné.
- bojí se nebo odmítají konfrontaci s pachatelem
- odmítají řešit případ EAN, pokud mají jen podezření
- neví, kam případ hlásit, jak vypadá procedura hlášení, jakou hrají roli v dalším postupu, jaká je jejich osobní odpovědnost
- mají strach, že si pokazí vztahy se spolupracovníky nebo nadřízenými, pokud upozorní na případ EAN na pracovišti
- respektují přání oběti, aby se nic nepodnikalo
- nevidí oběť dost často na to, aby EAN odhalili (SWAGERTY, TAKAHASHI, EVANS, 1999)
- pochybují, že bude zachována diskrétnost
- bojí se, že budou muset jít svědčit k soudu
- jsou skeptičtí, že následující intervence k něčemu bude
- bojí se, že si zničí profesionální vztah s klienty
- nedostatek spolupráce ze strany klienta nebo jeho rodiny
- nechtějí se do toho zaplést (HOGSTEL, CURRY, 1999)
- nemají dostatek citlivosti k potřebám starého člověka, je jim to jedno, jsou apatičtí (HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005)
- mají pocit, že případ není tak závažný, aby ho nějak řešili
- bojí se odvety pachatele vůči oběti
- mají pocit, že by to měl hlásit někdo jiný (BLAKELY, DOLON, 1998)

- oběť popírá, že k EAN došlo nebo dochází⁴⁶, ztrácejí tak jistotu
- mají málo standardizovaných protokolů pro identifikaci EAN
- jsou frustrovaní, že nemohou nabídnout žádnou vhodnou intervenci, že nejsou schopni situaci změnit, tak raději nedělají nic
- nemají dostatek času
- mají etické dilema, když senior nechce svou situaci řešit
- jsou stejné etnické příslušnosti jako oběť a nevnímají určité chování jako EAN, i když společnost zastává jiný názor (MARSHALL, BENTON, BRAZIER, 2000)
- ageismus (KAHAN, PARIS, 2003)
- bojí se, aby klient nebyl proti své vůli institucionalizován (SADOVSKY, 1999)
- zlehčují EAN (je to lidské, taková práce /péče o seniory/ se nedá dělat, aniž byste občas na někoho nezakřičeli) (GOERGEN, 2004)
- Vedení pečovatelského zařízení se zajímá pouze o zisk, v případech EAN se prostě dívá jinam. Snaží se šetřit peníze, tudíž jsou pacienti předčasně propouštěni domů, personálu je málo a nestíhá svou práci, je ve stresu (HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005).

Vidíme, že důvodů, proč profesionál (a kdokoli jiný) nepodnikne žádnou akci v případě, že se setká s EAN, je mnoho, a spoustu z nich může vyřešit právě řádný výcvik a vzdělávání. Zvýší povědomí o syndromu špatného zacházení se starými lidmi, lidé si tak spíše všimnou. Naučí se rozlišovat příznaky a usnadní tak detekci a diagnostiku. Probudí pocit spoluodpovědnosti za pomoc oběti, ale také sníží nejistotu a strach vyplývající z toho, že člověk neví, co ho čeká, co bude muset, s kým se bude muset konfrontovat a podobně. Z toho vyplývá, že vzdělávání je kruciólním procesem, který může přispět k úspěšné detekci EAN a následné intervenci.

⁴⁶ K důvodům více v kapitole o oběti.

V této kapitole jsem se věnovala principům odhalování jednotlivých případů EAN. Zmínila jsem se o tom, že detekce je mnohdy obtížná, a to z mnoha důvodů. Uvedla jsem obecné příznaky EAN i příznaky jednotlivých typů, které by měly vzbudit podezření a být impulsem pro hlubší diagnostiku. Popsala jsem, jak může profesionál při takové diagnostice postupovat a na co se má soustředit. Zmínila jsem i otázku screeningu. Jednotná diagnostická pomůcka pro EAN by se měla stát cílem dalšího výzkumu v této oblasti, stejně jako forma a náplň vzdělávání a výcviku, které se ukázaly být klíčové pro efektivní detekci a intervenci EAN.

4. Oběť, pachatel a rizikové faktory EAN

V této kapitole se budu věnovat účastníkům špatného zacházení: na jedné straně je to starý člověk v roli oběti, na druhé straně potom někdo z jeho okolí v roli pachatele. Specifická situace nastává v případech sebezanedbávání, kde je pachatelem špatného zacházení starý člověk sám na sobě. Na závěr kapitoly se budu věnovat příčinám špatného zacházení se starými lidmi, respektive rizikovým faktorům, které zvyšují pravděpodobnost, že ke špatnému zacházení dojde.

4.1. Starý člověk jako oběť EAN

Nyní bude věnována pozornost stáří jako vývojové fázi s určitými specifiky, v nichž se jako červená nit prolínají témata samostatnosti, závislosti a zranitelnosti. Ta do značné míry určují životní podmínky starého člověka – kde bude žít, zda se o něj bude muset někdo starat, jaká bude kvalita jeho poslední životní fáze atd. Zmíním zde také rizikové faktory, které u starého člověka zvyšují pravděpodobnost, že se stane obětí špatného zacházení, a popíšu jeho možné prožívání, pokud se obětí skutečně stane.

4.1.1. Období stáří a jeho specifika ve vztahu k EAN

Světová zdravotnická organizace WHO (*World Health Organization*) doporučuje následující periodizaci stáří: rané stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let)(HARTL, HARTLOVÁ, 2000). Vágnerová rozlišuje období raného stáří /60-75 let/ a období pravého stáří /75 a více let/ (VÁGNEROVÁ, 2000). Podle Národní zprávy o rodině byly v roce 2002 v naší společnosti téměř 2 miliony obyvatel ve věku 60 a více let – což činilo 18,9% celé populace. V roce 2030 by podle odhadů měl tento počet vzrůst na 3 miliony, tedy zhruba 30% z celkového počtu lidí v České republice. Současně přibývá starých lidí ve věku vyšším 85 let – lidé žijí déle, průměrný věk obyvatel ČR byl při sčítání lidu v roce 2001 nejvyšší v dosavadní historii⁴⁷ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

⁴⁷ Národní zpráva také uvádí, že staří lidé zůstávají déle zdraví. Definice zdraví pro seniorskou populaci se poněkud liší od obecné definice: podle Bašteckého je zdravý ten starý člověk, u kterého není přítomna žádná zjevná choroba, který je spokojený se svým stavem, který je sociálně adaptabilní a má neporušenou sociální homeostázu (BAŠTECKÝ, 1994).

Lidé v dnešní společnosti mají tendenci považovat stáří za něco nepatřičného, čemu by se raději vyhnuli. Vládne kult mládí, krásy a energie. Slova „senior“ a „důchodce“ získávají specifický pejorativní význam. Postoj společnosti ke starým lidem se často pohybuje na hranici ageismu (diskriminace starých lidí), ale i za ní. Ageismus považuje stáří za období celkového úpadku a zhoršené kvality života. Jaké jsou skutečné změny, k nimž u většiny starých lidí dochází⁴⁸, a mohou mít tyto změny nějaký vliv na pravděpodobnost, že se starý člověk stane obětí EAN?

Vágnerová zdůrazňuje, že stáří samo o sobě není chorobným stavem. Nicméně v průběhu stárnutí dochází ke kumulaci nepříznivých vlivů, které většinou dříve či později vyústí v nemoc seniora. Pro somatické nemoci ve stáří je typická polymorbidita - starý člověk trpí současně větším počtem nemocí, které bývají navíc chronického rázu (VÁGNEROVÁ, 2000). Průběh či důsledky některých nemocí jsou natolik závažné, že omezují soběstačnost a samostatnost starého člověka. Příkladem může být rakovina v pokročilém stádiu, ochrnutí po mozkové mrtvici a podobně. Každá nemoc činí starého člověka zranitelnějším vůči EAN, a také jeho závislost na pomoci či péči okolí je rizikovým faktorem pro špatné zacházení⁴⁹. Pro detekci EAN je důležitý fakt, že staří lidé mají tendenci komunikovat prostřednictvím somatických stesků.

Ve stáří dochází také k mnoha změnám psychiky⁵⁰, ať už v oblasti kognice nebo regulačních procesů (emočního prožívání a vůle). Tyto změny mohou být normálním projevem stárnutí, nebo může jít o důsledek nějakého patologického procesu (např. demence nebo deprese). Mnohé z nich zvyšují zranitelnost seniora. Staří lidé bývají citově labilnější, mívají sklony k úzkostným a depresivním stavům. Změny volních procesů se mohou projevovat apatií a rezignací. Po 75. roce dochází u zhruba 90% starých lidí k arteriosklerotickým změnám, které se projevují například zvýšenou dráždivostí, mrzutostí nebo nesnášenlivostí (VÁGNEROVÁ, 2000). Některé z těchto nálad mohou být rizikovým faktorem nebo přímo spouštěčem týrání či zneužívání.

⁴⁸ Této problematice se zde budu věnovat pouze částečně – zajímá mě, jaký vztah mají některé ze změn ve stáří ke špatnému zacházení, a které změny mohou zvyšovat riziko EAN. Pro detailní informace o změnách ve stáří odkazuji například na publikaci Vágnerové (VÁGNEROVÁ, 2000).

⁴⁹ Rizikovými faktory se budu podrobněji zabývat dále.

⁵⁰ Psychickými aspekty stárnutí a stáří se podrobně zabývala například Jarolímová (JAROLÍMOVÁ, 2002).

U starého člověka se zvyšuje potřeba citové jistoty a bezpečí. Mnozí senioři se (většinou na nevědomé úrovni) snaží zajistit si dobré vztahy a pocit bezpečí a důležitosti pomocí finančních prostředků. Zvyšuje se tak riziko materiálního zneužívání ze strany těch osob, které mají dané potřeby starého člověka uspokojovat. Někteří senioři se nedovedou vyrovnat s faktem, že stárnou, případně že je postihla nějaká vážná choroba. Mohou pak být zahořklí, pesimističtí a negativní, což je těžké pro jejich okolí, zvláště pak pro jejich pečovatele, kteří jsou s nimi v neustálém kontaktu.

U starých lidí jsou poměrně časté psychické poruchy, které zůstávají ve velké míře neodhalené. Jedná se především o demenci a depresi, které bývají uváděny jako rizikové faktory EAN. Nejen s nimi souvisí častá izolace starých lidí, která také zvyšuje pravděpodobnost, že se dotyčný stane obětí EAN, a snižuje šanci na jeho odhalení. V období stáří stoupá počet dokonaných sebevražd, téma sebevraždy může být u obětí EAN velmi aktuální jakožto východisko ze subjektivně neřešitelné situace.

4.1.2. Samostatnost vs. potřeba péče

V životě mnoha starých lidí dojde k okamžiku, kdy (nejčastěji v důsledku nemoci) ztrácí úplnou soběstačnost a samostatnost. Míra této ztráty může být různá, různá jsou také řešení. Čím větší je ztráta soběstačnosti (a tedy závislost na pomoci jiného⁵¹), tím vyšší může být riziko EAN. U závažné ztráty samostatnosti je starý člověk a jeho okolí postaven před rozhodování, kdo mu bude pomáhat, kdo se stane jeho pečovatelem.

Přirozeným přáním starého člověka bývá, aby se o něj postarali jeho nejbližší. Současné tito nejbližší většinou bývají ochotni se pečovateli stát⁵². V případě, že ochotni nejsou (nebo nejsou schopni), nabízí stát několik sociálních služeb, které podporují seniora v jeho přirozeném prostředí (např. pečovatelská služba nebo domácí ošetřovatelská služba). Někdy je nevyhnutelné, aby se starý člověk přestěhoval do zařízení ústavní péče – jde o náročnou životní zkoušku, která může být pro některé staré lidi fatální, zejména z řad těch, kteří se sem stěhují nedobrovolně.

⁵¹ Jde o závislost na kontinuu potřeba rady – pomoci – péče (JAROLÍMOVÁ, 2002).

⁵² Jde o přirozenou funkci rodiny poskytovat pomoc a péči, pocit sounáležitosti a smyslu života v období stárnutí a stáří (ŠULOVÁ, 1998).

I v ideálním případě, že starý člověk neschopný se o sebe postarat může zůstat doma a péči mu zajistí někdo z jeho nejbližších, je pro něj tato situace často těžká. Uvědomuje si, že se může stát pro děti zátěží, že jim bude přidělovat práci a starosti. Může se cítit vinen za danou situaci anebo mít pocit vlastního selhání, i když nemůže situaci ve skutečnosti nijak ovlivnit. Často v něm vzniká vnitřní konflikt mezi potřebou citové jistoty a bezpečí a potřebou nebýt rodině břemenem. V některých případech dojde u starého člověka k vážnější psychické deterioraci, pak se tento člověk může stát egoistickým a v péči nadměrně vyžadujícím. Považuje za samozřejmost, že se o něj děti starají. Tento jeho postoj může také někdy znamenat určitý rizikový faktor (VÁGNEROVÁ, 2000).

V rodině a blízkém okolí seniora se bohužel vždy nenajde osoba, která by se o něj postarala. Partner toho například nemusí být schopen pro své vlastní zdravotní omezení, nebo už může být po smrti. Děti nemusí být ochotny zapojit se aktivně do náročné péče, případně si vzít rodiče domů. Potom je starý člověk nucen přestěhovat se do zařízení ústavní péče. I pro seniora, který se ke změně bydliště rozhodne dobrovolně, může znamenat tato záležitost velkou zátěž. Pro starého člověka, který se stěhuje nedobrovolně, může mít institucionalizace velmi vážné následky. Porucha přizpůsobení může vést až k jeho úmrtí.

Co prožívá starý člověk, který je (mnohdy na sklonku života) přinucen (okolnostmi nebo rodinou) přestěhovat se například do domova důchodců? Může být naplněn pocitem zklamání, že se jeho rodina dostatečně nesnažila, aby se o něj mohla postarat. To, že jeho děti nejsou schopny nebo ochotny poskytnout mu péči, že neudělají všechno pro to, aby nemusel opustit svůj milovaný domov, může prožívat jako fiaskální výsledek své dosavadní výchovy a podpory vůči dětem. Tyto pocity mohou být i nevědomé, starý člověk má někdy tendenci své děti před sebou i před okolím omlouvat, i když to třeba opravdu není namístě. Například Vykopalová popisuje situaci, kdy blízcí dali utratit psího miláčka, kterého starý člověk velmi miloval, jen aby mohl konečně odejít do domova důchodců (VYKOPALOVÁ et al., 2002).

Stěhování do zařízení ústavní péče je spojeno se změnou sociálního teritoria starého člověka. V místě, kde žil někdy i celý život, si senior utvořil spoustu sociálních

vazeb a vztahů. Zná sousedy v domě či v ulici, zná svou poštovní doručovatelku, prodavačku v obchodě atd. Nyní se stěhuje třeba až na druhý konec města, tyto vazby jsou tudíž zpřetrhány. Ocítá se v místech, které nemusí dobře znát, nemusí se v nich orientovat. Umístění do ústavu také symbolizuje ztrátu autonomie a soběstačnosti seniora, zdůrazňuje, že není schopen se o sebe postarat. Tím trpí identita starého člověka. K posunu identity přispívá i fakt, že přesunem do instituce se senior stává jedním z anonymních obyvatel této instituce. V neposlední řadě může na psychiku starého člověka působit fakt, že umístěním do ústavního zařízení s největší pravděpodobností začala konečná etapa jeho života, že jde o signál blížícího se konce (VÁGNEROVÁ, 2000).

Proces adaptace na přesun do ústavního zařízení je do značné míry závislý na tom, zda k němu dochází z vlastní vůle starého člověka. Nejhuře si zvykají ti, kteří do ústavu nechtěli. Izolují se, odmítají komunikovat s personálem, stávají se nazlobenými nebo zatrpklými. Agresi vyplývající z jejich nespokojenosti pak mohou směřovat k personálu, což může být rizikovým faktorem pro EAN. Nicméně Vágnerová uvádí, že poté, co je proces adaptace⁵³ úspěšně dokončen, bývá pečovatel/ka jejich „andělem“, na kterého nedají dopustit (VÁGNEROVÁ, 2000).

4.1.3. Psychické aspekty viktimizace

Jak se dozvíme dále, obětí špatného zacházení se může stát každý starý člověk. Viktimizace⁵⁴ starého člověka jeho blízkými (ale i cizími lidmi) může mít velmi vážné následky. Mnoho obětí na následky EAN umírá. Lachs a Pillemmer uvádějí výsledky jedné longitudinální studie, která se zabývala oběťmi EAN. V populaci obětí EAN v následujících třech letech po viktimizaci umře 3x více starých lidí, než v kontrolní populaci starých lidí, kteří EAN nezažili. Po 13 letech bylo naživu jen 6% starých lidí ze skupiny obětí, oproti 41% seniorů z kontrolní skupiny (LACHS, PILLEMER, 2004).

⁵³ Autorka ve své knize přibližuje proces adaptace na přesun do ústavního zařízení u starých lidí, rozlišuje přitom, zda se jedná o dobrovolné či nedobrovolné stěhování do ústavního zařízení (VÁGNEROVÁ, 2000).

⁵⁴ Pojem „viktimizace“ označuje „proces zraňování a poškozování jedince,...proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu“ (ČÍRTKOVÁ, VITOUŠOVÁ a kol., 2007).

K úmrtí starého člověka nemusí dojít v přímém důsledku špatného zacházení (například vážná zranění při fyzickém násilí, nebo fatální podvýživa při zanedbávání), příčinou mohou být také psychické následky viktimizace (a to zejména opakované), které způsobují, že starý člověk chřadne, uzavírá se do sebe, ztrácí chuť k životu, trpí různými psychosomatickými chorobami a podobně. Špatné zacházení tedy pro oběť znamená trauma, ze kterého se nemusí nikdy plně zotavit (BROWNELL, PODNIEKS, 2005). EAN na oběti zanechává následky zdravotní i psychické.

Z výzkumu Fisherové a Reganové na ženských obětech EAN vyplývá, že oběť mívá více zdravotních problémů (minimálně subjektivně) než senior špatným zacházením nepostížený (FISHER, REGAN, 2006). Oběti se také subjektivně cítí více izolované (KAHAN, PARIS, 2003). Jen málo studií se zabývá přímo psychickým prožíváním obětí. Erlingsson se se svými kolegy zaměřil na vnímání seniorů ve vztahu k EAN. Byla u nich patrná tendence myšlenku na takové problémy potlačovat, případně brát vinu na sebe (ERLINGSSON, SAVEMAN, BERG, 2005). Tendence vzít vinu na sebe může být způsobena obrannou reakcí ega – pro starého člověka to může být únosnější, než si připustit, že selhali jeho blízcí. Vágnerová uvádí, že u starých lidí je zřetelná tendence bilancovat svůj dosavadní život, který nyní pokračuje v linii jejich dětí. Jejich nejbližší, děti a vnuci, jsou možná ještě více než dříve součástí jejich identity. Potřeba citové jistoty a zázemí v kruhu nejbližších je v této životní etapě velmi silná (VÁGNEROVÁ, 2000). Pokud někdo z těchto blízkých starému člověku ublíží, je to pro něj velká rána. Může se snažit snížit závažnost takového činu tím, že popírá, že by k němu vůbec došlo, nebo se snaží pachatele ospravedlnit.

Oběť EAN může mít pocity méněcennosti, nulové hodnoty pro ostatní – zacházejí s ním jako s dítětem, zvířetem, nebo i mnohem hůře. Může mít vztek, že není schopen se bránit. Časté jsou pocity beznaděje, starý člověk nevidí východisko ze situace. Bývá nešťastný, depresivní, zahořklý, apatický. Může se stydět za sebe nebo pachatele. Někdy má viktimizace až psychopatologické důsledky: důsledkem bývá deprese, posttraumatická stresová porucha, zneužívání alkoholu atd.

Výše uvedená intrapersonální dynamika oběti EAN souvisí s tím, že má starý člověk tendenci špatné zacházení tajit. Tato tendence je jedním z hlavních důvodů, proč

je doposud nejasná prevalence EAN – o mnoha případech se nikdy nikdo nedoví. Podívejme se nyní blíže na důvody, proč starý člověk o svém zneužívání nikomu neřekne:

- Stydí se za svou neschopnost se bránit, nebo se stydí za činy pachatele, zvláště pokud je to člen rodiny.
- Cítí se trapně a poníženě, není proto schopen se nikomu svěřit. Především sexuální zneužívání je v komunitě starých lidí naprosté tabu.
- Myslí si, že je na vině on, že si takové zacházení zaslouží (například proto, že je pro pachatele břemenem).
- Bojí se, aby nevyprovokoval pachatele k pomstě a ještě horšímu chování. Pomsta může být fyzická, může jít o vyhrožování (že ho opustí, že ho pošlou do domova důchodců atd.).
- Chce chránit pachatele, i přes to, co mu činí, nechce, aby se dostal do vězení nebo měl jiné problémy.
- Chce chránit své blízké, aby neměli „z ostudy kabát“.
- Bojí se, že přijde o dosavadní péči (pokud byl pachatelem primární pečovatel), v mnoha případech by musel být umístěn do ústavní péče. Mnoho obětí institucionalizaci považuje za horší záležitost, než špatné zacházení. Wolfová říká, že i pro seniory, kteří přežili doma dlouhé měsíce zneužívání nebo týrání, může být představa stěhování do ústavu a neznámé budoucnosti děsivější než zůstat v rodině, byť jsou v ní zneužíváni (WOLF, 1999).
- Bojí se, že zůstane sám. Pachatel je často jedinou blízkou osobou, kterou má.
- Bojí se, že bude obviněn ze lhaní nebo z toho, že to nemá v hlavě v pořádku, že mu nikdo nebude věřit.
- Je zoufalý a nevěří, že existuje nějaké východisko ze situace, že by mu někdo mohl pomoci.
- Je příliš izolovaný, nemůže se tak nikomu svěřit (pachatel může zabavit telefon, zamknout byt).

- Nemá dostatečné kognitivní kompetence, aby se byl schopný svěřit (např. dementní starý člověk), nebo je to nad jeho fyzické možnosti.
- Nemusí vědět, že je obětí EAN, může například špatnou úroveň péče považovat za normální, nemusí mu dojít, že ho pachatel finančně vykořisťuje atd.
- Odmítá si připustit, že je obětí EAN.
- Myslí si, že to zvládne sám.
- Stojí před ním kulturní nebo jazykové bariéry.
- Neví, kam by se mohl obrátit, neví o podpůrných sociálních službách, nemá dostatečně blízkou osobu, které by se mohl svěřit.
- Neví, co by následovalo, kdyby se někomu se svým trápením svěřil. Může se bát narušení soukromí (že se o případu dozví lidé v okolí) a ztráty kontroly nad dalším postupem (Bude se tím zabývat policie? Co když budu nucen odejít z domova do ústavu?). Roli zde hraje nedostatečná znalost intervenčních postupů, kterou nemají ve většině případů ani příslušní odborníci, natož oběti násilí v řadách seniorů.

Mnoho případů týrání a zneužívání starých lidí tedy nikdy nevyjde najevo, natož aby v nich byly iniciovány nějaké intervenční postupy, které by mohly pomoci oběti (a často i pachateli⁵⁵). V případech, kdy je EAN odhalen (starý člověk přece jen vyhledá pomoc, nebo o něm informuje jeho lékař, soused, známý apod.), je nicméně intervenci stejně těžké uplatnit. Oběti mají tendenci popírat, že k EAN došlo. Mohou se vyhýbat rozhodování (například zda přijmout určitou sociální službu nebo zda podat trestní oznámení), protože se bojí, že by naštváli někoho v rodině, že by rodině jen přidělávali další starosti. Odmítají právní služby, mají negativní postoj k soudním postupům, nechťejí pachatele obvinít. Nechtějí se s pachatelem (pokud jde o jejich chotě) rozvádět nebo se s ním rozcházet (jejich vztah trvá už tak dlouho, přežil tolik dobrého i špatného), pokud se k tomu odhodlají, mnohdy je od toho zrazují jejich děti⁵⁶. Rozchod s partnerem by také mohl způsobit oběti finanční potíže (nezaplatil by sám výdaje za byt), nebo

⁵⁵ Intervenci se budu podrobně zabývat v následující kapitole.

⁵⁶ Dospělé děti starých lidí k tomu mají svou motivaci: narušilo by to jejich rodinný systém fungování (například prázdniny vnuků u babičky a dědečka), museli by se třeba o opustivšího nebo opuštěného postarat, separace rodičů by pro ně mohla znamenat nějaké finanční výdaje atd. (BERGERON, 2000)

přímo potíže existenciální (kam se přestěhovat, aby to pro ně nebylo ještě horší než stávající situace). Pro starého člověka už není vůbec jednoduché opatřit si nový zdroj příjmů. Rovněž je nesnadné potkat nového partnera, aby člověk nebyl sám (BERGERON, 2000).

Odborník provádějící intervenci musí znát tuto intrapersonální dynamiku oběti špatného zacházení a musí počítat s tím, že intervence nemusí být úspěšná, zvláště pak napoprvé. Oběti často několikrát žádají o pomoc, než jsou skutečně schopny pomoc přijmout (NERENBERG, 2000). Podle Tošnerové klidně i čtyřikrát až sedmkrát. V minimu případů se oběti rozhodnou dát podnět ke trestnímu stíhání a většinou ho zase stáhnou. Podle Tošnerové největší roli hraje fakt, že se oběti bojí umístění do zařízení ústavní péče. Zdůrazňuje, že při intervenci je třeba respektovat přání oběti. Ve mnoha případech stejně není možné (z nejrůznějších důvodů) intervencí případ EAN uspokojivě vyřešit, starý člověk se pak může vrátit k pachateli a jeho osud by mohl být ještě horší (TOŠNEROVÁ, 2002b).

4.2. Pachatel EAN

Ke špatnému zacházení se starými lidmi může docházet u nich doma, ale také v ústavním zařízení, ve kterém dočasně nebo trvale žijí. Kdo může být pachatelem týrání a zneužívání? Jsou to spíš příbuzní a známí seniora nebo lidé cizí? Je nejčastějším pachatelem jedinec, kterému byla svěřena péče o starého člověka, tedy jeho primární pečovatel? Jaké mohou být příčiny, které vedou k tomu, že k špatnému zacházení dojde?

4.2.1. Kdo může být pachatelem násilí na seniorech

Pachatelem násilí na starém člověku může být člen jeho rodiny (choť, dospělé děti, vnuci, sourozenci, někdo ze širší rodiny), známý, soused, ošetřovatel docházející do domu i ošetřovatel v zařízení ústavní péče, personál v oblasti zdravotnictví a sociální péče (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, různý pomocný personál, dobrovolníci), ale i úplně cizí člověk (různí obchodníci, podvodníci atd.).

Literatura nedává jednoznačnou odpověď na otázku, kdo bývá nejčastějším pachatelem a kde k EAN nejvíce dochází. Většina autorů se zabývá buď jen EAN

v domácím prostředí, nebo naopak jen v instituci. Manthorpeová a její kolegové se zabývali zkušenostmi ošetřovatelek s EAN. Podle nich byl nejčastějším pachatelem partner oběti (ve 45% případů), na druhém místě byl syn (32%). Většina případů špatného zacházení (78%) se odehrávala v domácím prostředí oběti (MANTHORPE et al., 2005). To potvrzují i Marshall, Bentonová a Brazier, podle nichž jsou nejčastějšími pachateli manželé, děti, sourozenci a další příbuzní, ale také placení pečovatelé (MARSHALL, BENTON, BRAZIER, 2000). Také Roeová dospěla k výsledkům, které ukazují na manželku/manžela jako na nejčastějšího pachatele (58%), na druhém místě jsou pak dospělé děti, které páchaly EAN ve čtvrtině zkoumaných případů (ROE, 2002). Podle Daltona představují největší kategorii pachatelů dospělé děti (47%), dále pak choť (19%), další příbuzní (téměř 9%) a ve stejném procentu i vnuci (DALTON, 2005). Také statistiky vedené na základě údajů z telefonické krizové linky Života 90 ukazují na dospělé děti, případně vnoučata, jako na nejčastější pachatele (viz *Příloha 5*).

Výše uvedené výzkumy se buď věnovaly pouze domácímu násilí na seniorech, nebo došly k závěru, že většina případů EAN se odehrává doma. Většina z nich také neuvádí, jestli do kategorie „placený pečovatel“ patří i pečovatel, který dochází za seniorem domů, i pečovatel v instituci. Proto je momentálně nemožné spolehlivě určit, kde k EAN dochází častěji – zda v domovech obětí, nebo v ústavech sociální a zdravotní péče. Vypadá to však, že spíše u oběti doma. Z mnou prostudovaných autorů se pouze Hardin a Khan-Hudsonová domnívají, že největší procento případů EAN se odehrává v institucích, nepodkládají však toto tvrzení žádnými důkazy (HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005).

Podíváme-li se na pachatele z hlediska pohlaví, není také zcela jasné, zda jsou častějšími pachateli muži či ženy. Faktem je, že role pečovatele se tradičně ujímají spíše ženy, i když Kramerová tvrdí, že mužů v ošetřovatelské roli stále přibývá (KRAMER, 2005). Podle Mosse jsou muži častějšími pachateli než ženy (MOSS, 2004). Hogstelová a Curryová také uvádějí, že častějšími pachateli jsou muži, a to zejména v případech fyzického týrání. Ženy jsou pachatelkami spíše v případě zanedbávání, a nejčastěji jde o dcery oběti (HOGSTEL, CURRY, 1999). Z analýzy nouzové linky britské charity AEA (*Action on Elder Abuse*) vyplývá, že 41% obětí bylo zneužíváno mužem, 25%

ženou, zbylé procento oběma pohlavími. Podle Roeové je mezi pachateli stejné procento žen i mužů (ROE, 2002).

Je pachatelem špatného zacházení spíše ten, komu byla svěřena péče o starého člověka nebo který na sebe tuto úlohu vzal⁵⁷ (nazvěme ho primárním pečovatelem), nebo jde spíše o někoho jiného (dalšího člověka v domácnosti, příbuzného atd.)? Podle Manthorpeové a jejích kolegů je to s největší pravděpodobností primární pečovatel (MANTHORPE et al., 2005), jejich názor sdílí také Mosquedová s kolegy (MOSQUEDA et al., 2004). Oproti tomu Nenoová a Neno odkazují na analýzu telefonátů na nouzovou linku AEA, kde primární pečovatelé tvořili pouhé jedno procento pachatelů nahlášených případů (NENO, NENO, 2005). Názor, že pachatelem EAN je většinou primární pečovatel, vyplývá z prvních výzkumů na toto téma, ale také z teorie, která za nejvýznamnější příčinu EAN považuje nadměrný stres pečovatele (říká se jí teorie stresu, teorie nadměrného břemena⁵⁸).

Této teorii se budu věnovat níže, nyní bych ráda přiblížila situaci pečovatele, který se rozhodne starat se o závislého starého člověka (především v rámci rodiny, ale i v rámci povolání). Není pochyb o tom, že jde o činnost velmi záslužnou a morálně hodnotnou, nicméně taky vysoce náročnou, namáhavou a vyčerpávající. Následující kapitola se tedy bude věnovat pečovatelům obecně, nikoliv pečovatelům jakožto pachatelům EAN.

4.2.2. Těžká úloha pečovatele o starého člověka

Ve chvíli, kdy starý člověk ztratí schopnost být soběstačný a naplno se o sebe postarat, je nutné, aby mu někdo pomohl s denními aktivitami (náročnost péče vzrůstá s tím, jak klesá samostatnost starého člověka). Je několik možností, jak se se vzniklou situací vypořádat:

- o starého člověka se postará někdo z jeho rodiny, ať už za ním dochází do jeho domova, nebo sdílí společný domov;

⁵⁷ Pomiňme přitom fakt, že obětí EAN se může stát i soběstačný starý člověk, který není v žádném směru odkázán na péči další osoby.

⁵⁸ Angl. *caregiver's burden theory, caregiver's stress theory*.

- péči zajišťuje placený profesionální ošetřovatel nebo neplacený dobrovolník v místě, kde senior bydlí;
- starý člověk je nucen přestěhovat se do zařízení ústavní péče, kde je mu péče v menší či větší míře poskytována.

Většinou se v rodině vyskytuje vůle k tomu, aby starý člověk mohl zůstat ve svém domácím prostředí, a hledá se někdo, kdo by se o něj postaral. Častá je situace, kdy se o nesoběstačného seniora začne starat jeho životní partner. Z dospělých dětí jsou to potom především dcery (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

Péče o starého člověka je náročná fyzicky, psychicky, časově i finančně. Leckdy musí pečovatel pokračovat v zaměstnání, aby se nemusel potýkat s nedostatkem peněz. V případě, že je starý člověk v hodně špatném stavu, může být pečovatel uvázan doma. Běžnými pocity jsou pak izolace a osamělost. Mnohdy nejsou dostupné dostatečné podpůrné služby. Pečovatel může být frustrovaný, chronicky unavený a přepracovaný. Péče je obzvláště náročná, pokud starý člověk nespolupracuje (například trpí demencí). Pro pečovatele je těžké vyrovnat se s tím, jak dopadl jeho životní partner nebo rodič, bojí se, že ho ztratí; zároveň se v něm probouzejí témata vlastní smrtelnosti a obavy z těžkého konce.

Pichaud a Thareauová se věnovali psychice pečovatele. Podle nich pečovatel a rodina, ve které senior žije, zažívá ambivalentní pocity. Na jedné straně jde o lásku k rodičům, něžnost, touhu pomáhat a starat se, aby byly uspokojeny všechny potřeby a přání starého člověka, aby se cítil maximálně dobře a spokojeně. Většinou také nechce, aby jeho blízký musel být umístěn do nějakého zařízení ústavní péče. Tak závažné rozhodnutí, jako je přijetí péče o starého člověka, s sebou však nese i pocity negativní (PICHAUD, THAREAU, 1998):

- strach z nesplnění úkolu (obavy, že nezvládne péči, neví, co má dělat, jak se má chovat)
- neschopnost smířit se se zhoršením stavu starého rodiče (chtěl si uchovat hezký obrázek až do konce, nyní vidí, jak rodič chátrá, jak se pomočuje, jak jej nepoznává atd.)

- otřes z toho, že se obrací tradiční role rodiče a dítěte (musí krmit, oblékat a umývat svého rodiče, říkat mu, co má dělat)
- úzkost ze smrti a ztráty drahého člověka, která navíc připomene i vlastní smrtelnost a vyvolá strach z vlastního konce
- strach z toho, že může kvůli péči o starého člověka ztratit svou rodinu (má méně času na partnera, na děti, těm se to nemusí líbit, nemusejí umět přijmout rozhodnutí vzít starého rodiče k nim domů, nemusejí mít pro situaci pochopení)
- pocity viny (nejistota, zda se dobře stará o rodiče, zároveň ví, že ubírá čas pro vlastní rodinu)
- někdy se objeví pocity nenávisti nebo potřeba pomsty, které mohou vést ke špatnému zacházení se starým člověkem.

Kvalita vztahu mezi pečovatelem a jeho svěřencem pak bude záviset na tom, jak se pečovatel vyrovná s těmito pocity, a na tom, jak se se svou nemohoucností vyrovná starý člověk. V některých případech, zvláště u demencí a depresí, se starý člověk může stát dětinským, negativistickým nebo odporujícím, může být agresivní, odmítat spolupracovat a podobně. To představuje pro pečovatele značnou zátěž, zvláště pokud nezná mechanismy a projevy těchto poruch a myslí si, že to starý člověk dělá schválně.

Profesionální pečovatel má v tomto směru výhodu odborného vzdělání, praxe a také jistého odstupu (nemá se seniorem blízké citové pouto), které mu dovolují, aby si takové projevy nebral osobně. Na druhé straně neustálý kontakt s těžce nemocnými a umírajícími závislými starými lidmi pro něj může být vyčerpávající a demotivující. Pracovní podmínky (především v zařízeních ústavní péče) také nebývají ani zdaleka optimální (což přiblížím níže v podkapitole o rizikových faktorech). Podpůrné služby a supervize jsou spíše výjimkou než pravidlem. U pečovatelů tedy může dojít k syndromu vyhoření (*burn-out syndrome*), který jim znemožňuje poskytovat maximální péči klientům a zároveň si uchovat psychickou pohodu.

Pro prevenci vyhoření nebo jiného narušení pečovatelova vztahu se starým člověkem by měly fungovat (a částečně fungují) různé podpůrné programy a služby

(například svépomocné skupiny pečovatelů, pomocné ošetřovatelky, které občas zajdou k pečovateli a seniorovi domů a s něčím pomohou a poradí, denní stacionáře atd.). Zároveň existují různé příručky a webové stránky, které ve všech směrech podporují pečovatele a nabízejí jim informace a rady, jak dobře pečovat a zároveň kvalitně žít⁵⁹. Profesionálním pečovatelům by měla být dostupná supervize.

4.2.3. Pachatel v kontextu EAN

Potenciálních důvodů a příčin, proč někdo špatně zachází se starým člověkem, je mnoho (a blíže se jimi budu zabývat v následující kapitole). Podle některých autorů je na vině přílišný stres pečovatele (teorie stresu), jindy jeho závislost na starém člověku či naopak, mezigenerační přenos násilí atd. Považuji zde za důležité rozlišit, zda se jedná o špatné zacházení páchané vědomě či nevědomě.

Stará-li se o seniora jeho partner/ partnerka, může k EAN docházet i nevědomě, a to v případech, kdy pečovatel také není v ideální fyzické či psychické kondici, a nemůže proto poskytovat potřebnou péči v dostatečné míře. Nejčastějším typem EAN je v těchto případech zanedbávání. Pečovatel se tedy v rámci svých možností maximálně snaží pečovat o blízkého co nejlépe, ale jeho fyzický nebo psychický stav mu to nedovolí. Podobně je tomu v případech, kdy starý člověk vyžaduje natolik náročnou péči, že mu ji laický pečovatel prostě nemůže poskytnout. Jde přitom někdy o velice dojemné příběhy.

Bergeron a Grayová popisují případ, kdy se svobodná dcera starala o nemohoucí matku. Přestěhovaly se k sobě po otcově smrti před dvaceti lety, matka se postupně stávala nemohoucí a dcera přebírala péči. Starala se o ni, přestože její matka měla rozvinutou Parkinsonovou chorobu, demenci, byla slepá, inkontinentní a uvázaná na lůžko. Poté, co byla matka hospitalizována v nemocnici se zápallem plic v ohrožení života, byla převezena do ústavního zařízení, kde jí mohla být poskytnuta profesionální péče. Dcera se ocitla v hluboké depresi a vyšlo najevo, že matce slíbila, že se o ni postará až do konce života a nikdy ji nedá do ústavu. Nakonec si ji vzala znovu domů.

(BERGERON, GRAY, 2003)

V podobných případech, kdy k EAN dochází ze strany pečovatele nevědomě nebo bez zřejmého úmyslu, může být poněkud tvrdé nazývat jej pachatelem násilí

⁵⁹ Například stránky „Pečující on-line“ na adrese <http://www.pecujici.cz/>, což je aktivita Ambulance pro poruchy paměti Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v čele s dr. Tamarou Tošnerovou a dalších organizací, nebo kniha Pichauda a Thureauové (PICHAUD, THAREAUOVÁ, 1998).

na seniorech. Jedná se často o lidi s vysokým sociálním a morálním cítěním, kteří na sebe vzali příliš velký úkol a kteří své svěřence hluboce milují. Pokud je takový případ EAN odhalen, je namístě poskytnout pečovateli maximální podporu a pomoc, nikoliv jej za jeho jednání stíhat.

Na tomto místě je třeba zdůraznit interaktivní charakter špatného zacházení. V některých případech mohou starší lidé špatné zacházení svých chováním provokovat, byť jde ve většině případů o provokaci nevědomou. Jedná se o výše uvedené zátěžové situace vyplývající například z různých onemocnění seniora (demence či deprese), ale může se také jednat o snahu starého člověka vyvolat zájem o jeho osobu, byť jde o zájem negativní. Ujišťuje se tak, že má stále ještě moc, že je schopen vyvolávat emoce a upoutat pozornost druhých (ŠULOVÁ, 2007).

U pachatelů, kteří se násilí na starých lidech dopouštějí vědomě, je toto chování spojeno s určitou charakteristikou osobnosti. Může jít o touhu po penězích, neschopnost zvládat stres, potřebu manipulace, ale i agresivní či sadistické tendence. Někteří autoři se pokusili vytvořit typologie pachatelů EAN, které mají pomoci pochopit motivaci takového jednání. Ramsey-Klawnsniková vytvořila typologii pachatelů v domácím prostředí. U jednotlivých typů (přepracovaný pachatel, narušený pachatel, narcistický pachatel, despotický pachatel a sadistický pachatel) se liší motivace, která je vede ke špatnému zacházení se starými lidmi (RAMSEY-KLAWSNIK, 2000).

Existují studie, které se zabývají EAN v institucionálním prostředí⁶⁰ (GOERGEN, 2004; CONLIN-SHAW, 1998). Pachatelem může být zdravotnický personál, ale i jiný resident⁶¹, nebo třeba člověk, který přijde za starým člověkem na návštěvu. V mnoha zemích probíhá diskuse o kvalitě péče v sociálních a zdravotních zařízeních, často právě v souvislosti s EAN (například Velká Británie, Německo, USA). Zjišťuje se, že management těchto zařízení často neposkytuje svým zaměstnancům podmínky, za kterých by se mohli snáze vyhnout syndromu vyhoření (a někdy tak i

⁶⁰ Institucemi myslím zařízení poskytující péči starým lidem jinde než v jejich domově, tedy nemocnice, ústavy sociální péče, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, pečovatelské domy, domovy důchodců, ale i takzvanou komunitní péči, která je běžná například v USA (několik starých lidí bydlí v pro ně uzpůsobeném domě, profesionální personál jim poskytuje službu 24 hodin denně 7 dní v týdnu).

⁶¹ V této práci užívám termín „resident“ ve smyslu obyvatele nebo klienta jakéhokoliv zařízení poskytujícího pečovatelské či jiné služby (např. domov důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných atd.).

špatnému zacházení s klienty a pacienty), zároveň nebývá dostatečná personální politika přijímání nového personálu, aby se předešlo zaměstnávání nevhodných lidí (o těchto problémech se blíže rozepíšu v podkapitole o rizikových faktorech).

Wielandová uvádí, že v zařízeních zdravotní či sociální péče dochází ke dvěma druhům násilí: personálu vůči residentům, ale také residentů vůči personálu (WIELAND, 2000). Conlin-Shawová považuje agresivitu klientů vůči zaměstnancům za významný rizikový faktor EAN. Podle jejího výzkumu je personál rutinně vystavován násilí ze strany seniorů (verbálnímu i fyzickému). Pro porozumění EAN v institucích je podle ní důležité pochopit, jak mají ošetřovatelky těžkou úlohu, a jak se s ní vyrovnávají, zda jsou schopny vytvořit si imunitu vůči násilí ze strany residentů (CONLIN-SHAW, 1998).

Tato autorka na základě svého výzkumu rozlišuje „reaktivní“ a „sadistické“ pachatele. Podle ní jsou tedy pachateli EAN v zařízeních péče jedinci, kteří jsou v podstatě hodní a milí a snaží se dělat, co mohou, ale ve stresové situaci jim „ujedou nervy“ („reaktivní“ pachatelé), nebo jedinci, kteří residenty týrají záměrně a často trýznivě, a většinou u nich hraje roli osobnostní patologie (pachatelé „sadističtí“).

Vyšetřovatel EAN v jednom pečovatelském zařízení popisuje chování jedné ošetřovatelky: „...Ta žena (residentka) měla chronickou obstruktivní plicní nemoc. Držela jí polštář přes hlavu. Další ženě omývala genitálie a pak se jí pokusila nacpat žínku do krku. Další držela pod hadicí s tryskou...když si měla umývat vlasy, a snažila se ji utopit. Jednoho starého doktora v důchodu budila tím, že ho bouchla do žeber, dělala to každý den, a pěkně tvrdě. Pohlavky a tahání za vlasy, bití kartáčem na vlasy, ale obzvlášť úderů do hrudníku a do břicha, do obličeje, tyhle věci byly drsné. Tyhle, a to dušení, zvlášť když dusila někoho, kdo nemohl dýchat...“

(CONLIN-SHAW, 1998)

U reaktivních pachatelů je častým spouštěčem narušení osobního prostoru, bolest a verbální agrese. Autorka také zmiňuje pasivní zanedbávání ze strany personálu, které je důsledkem špatné zaměstnanecké politiky zařízení. Ošetřovatelky mají příliš mnoho práce, příliš mnoho pacientů, příliš málo pomoci, svou práci jednoduše nestíhají (CONLIN-SHAW, 1998). Trpí potom především ti pacienti, kteří jsou odkázáni na pomoc i s vyměšováním nebo jídlem – zůstávají v pomočené posteli, jídlo je odnášeno, aniž by se ho dotkli atd.

Na závěr této podkapitoly je třeba znovu zdůraznit, že pachatelem EAN nemusí být primární pečovatel, nemusí to být vůbec pečovatel. Obětí EAN se mohou stát i staří lidé nezávislí na péči, lidé samostatní. Jak říká Tošnerová, velmi často jde pachateli o majetek seniora (TOŠNEROVÁ, 2006). O ten se dá obrát i soběstačný senior. Prostředkem k materiálnímu vykořisťování může být fyzické i psychické násilí. Nezávislá starší osoba se může stát i obětí sexuálního zneužívání, ať už ze strany svého partnera, nebo někoho jiného. Někdy je za EAN považováno i sexuálně či materiálně motivované napadení, které spáchá naprosto cizí člověk.

4.3. Sebezanedbávání (oběť = pachatel)

Sebezanedbávání (*self-neglect*, zanedbávání sebe sama, vlastní zanedbávání) je typem EAN, který u mnohých odborníků vyvolává rozpaky. Někteří z nich pak zastávají názor, že by sebezanedbávání pod EAN vůbec nemělo být řazeno. Jsou to většinou ti odborníci, kteří v definici EAN prosazují podmínku existence druhého člověka jakožto pachatele, nebo podmínku úmyslnosti činu zanedbávání nebo ubližování.

A skutečně se na sebezanedbávání můžeme dívat takto: pokud si člověk ubližovat chce, a dělá to úmyslně, je to jeho věc. Pokud si ubližuje nebo se zanedbává neúmyslně (z nejrůznějších důvodů, které uvedu níže), je obětí těchto důvodů a je třeba mu pomoci, ne mu přičítat vinu za jeho chování. Navíc termín sebezanedbávání naznačuje úmyslnost takového činu, v mnoha případech však sebezanedbávání záměrné není.

Gibbonsová a kolegové uvádějí, že v Austrálii a Evropě je sebezanedbávání primárně vnímáno jako psychiatrický syndrom, protože se předpokládá, že je spojen s v pozadí ležící duševní chorobou. V USA je sebezanedbávání více spojováno s EAN, staří lidé, kterých se týká, jsou popisováni jako oběti, protože většinou se zanedbávají jen ti nejzranitelnější a nejkřehčí senioři (GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006).

Bez ohledu na to, zda má být sebezanedbávání zařazeno pod EAN či nikoliv, je jasné, že jde o problém již dlouho známý a zároveň velice rozšířený. Jen se mu říkalo jinak: Diogenův syndrom, stařecké selhání (*senile breakdown*), syndrom zaneřáděného

domu (*messy house syndrome*), syndrom hromadění odpadků (*litter hoarding syndrome*), porucha osobnosti maskující se jako demence atd.

Jak častý je tento jev? Podle Mosquedové je sebezanedbávání nejčastějším typem EAN, který byl řešen v rámci projektu práce multidisciplinárního týmu (35% ze všech řešených případů) (MOSQUEDA et al., 2004). Wielandová uvádí, že ve výzkumech NARCEA v USA v letech 1990-1991 se více než polovina případů EAN týkala sebezanedbávání (WIELAND, 2000). Také Lachs a jeho kolegové zjišťují, že nejvíce případů EAN se týká tohoto typu, a zároveň upozorňují, že intervence velice často vede k umístění seniora do ústavní péče (LACHS et al., 2002).

Je obtížné se v diskusi, zda sebezanedbávání pod EAN patří či nepatří, přiklonit k tomu či onomu názoru, ale podle mne spíše ano. Už proto, aby tento jev byl někam zařazen, aby patřil někam, kde mu bude věnována pozornost, když je tak velmi častý a palčivý. Řešení dát sebezanedbávání psychiatrickou diagnózu se mi nejvíce jako zcela vhodné, vzhledem k tomu, že jeho příčiny mohou být (jak za chvíli uvedu) velmi rozmanité. Dalším řešením (podle mého názoru doplňkovým k zařazení sebezanedbávání pod EAN) je možnost vytvoření nové ošetrovatelské diagnózy, která by facilitovala další výzkum i uvedení do praxe, jak ji navrhuji Gibbonsová a kolegové (GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006).

4.3.1. Proč se někteří staří lidé zanedbávají?

Ve snaze zodpovědět tuto otázku je důležité rozlišení záměrnosti a nezáměrnosti⁶² takového počinání. Ta je také důležitá pro zacílení intervence. Ovšem podobně jako u ostatních typů EAN zde platí, že není vždy možné zjistit přesnou motivaci takového jednání, konkrétní příčiny.

Sebezanedbávání jako úmyslné jednání je nejčastěji způsobeno volbou životního stylu. Starý člověk se dobrovolně rozhodl žít v nepořádku, či mít doma smečku zvířat, nebo si ničit zdraví nadměrným kouřením, odmítáním léčby a podobně. Za jeho chováním nestojí žádný fyzický nebo mentální deficit, jde o svobodnou volbu

⁶² Gibbonsová a kolegové rozlišují sebezanedbávání primární (záměrné) a sekundární (nezáměrné) (GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006).

(GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006). Důvody mohou být různé: typ osobnosti, snaha udržet si kontrolu sám nad sebou a nepodřizovat se něčí péči, strach z institucionalizace, ale sebezanedbávající chování může pramenit také z kulturních nebo rodinných zvyků⁶³. Úmyslné sebezanedbávání jako volba životního stylu je většinou charakterizováno tím, že starý člověk tak žije „odjakživa“ („vždycky byl tak trochu špindíra“; „co si pamatuju, prohrabávala popelnice“) nebo minimálně nedošlo v jeho chování k nějakému náhlému zlomu k horšímu.

Náhlá změna v chování starého člověka signalizuje spíše změnu schopnosti se o sebe řádně postarat (a tedy neúmyslné zanedbávání). Ta může pramenit z následujících příčin: kognitivního poškození (například demence), psychiatrické choroby (deprese, zneužívání alkoholu nebo jiných drog), momentální psychické indispozice (například truchlení po ztrátě partnera), ztráty fyzické kompetence (vážná nemoc, následky mrtvice nebo úrazu atd.), nedostatečného materiálního zajištění a jiných důvodů. Starý člověk prostě dočasně nebo trvale ztratil schopnost se o sebe přiměřeně postarat.

Zatímco v případě úmyslného sebezanedbávání v podstatě nelze nic dělat – starý člověk má právo na to rozhodnout se, jakým způsobem bude žít, u neúmyslného zanedbávání je důležité, aby bylo odhaleno, a nastoupila příslušná intervence, ať už sociální nebo lékařská. Ale i úmyslné sebezanedbávání někdy dosáhne hranic, kdy je nutné jej řešit, a to ve chvíli, kdy takový starý člověk ohrožuje nejen sebe, ale i své okolí (neléčí se s tuberkulózou, jeho chátrající dům hrozí spadnout někomu na hlavu, zápach z jeho bytu obtěžuje okolí a množí se v něm myši nebo švábi atd.). Gibbonsová a kolegové doporučují ve všech případech psychiatrické vyšetření, aby se zjistilo, která příčina v sebezanedbávání dominuje (GIBBONS, LAUDER, LUDWICK, 2006).

Podívejme se ještě na dvě specifické situace, které se k sebezanedbávání vážou, a to na zneužívání alkoholu a sebevraždu. Zneužívání alkoholu (případně jiných drog, především léků) je sebedestruktivní akce, která opět může být záměrná nebo nezáměrná. Může jít o volbu životního stylu, o dlouhotrvající závislost, se kterou se není starý člověk schopen poprat, může jít o únik ze subjektivně bezvýchodné situace (například od špatného zacházení, které na starém člověku páchá někdo další), ale může jít také

⁶³ A vlastně také generačních zvyklostí – ještě v polovině minulého století nebylo zvykem se denně drhnout mýdlem, někdy hospodářská zvířata sdílela s lidmi společný prostor a podobně.

o záměrnou snahu začít si s život ohrožujícím/ukončujícím chováním. Kosberg pojednává o tzv. *late onset drinkers* (alkoholismus s pozdním začátkem), lidech, kteří začali pít až ve stáří v obraně proti osamělosti, izolaci, depresi (jde o určitou copingovou strategii). Týká se to především starých mužů (KOSBERG, 1998).

Tento autor do sebezanedbávání řadí také sebevraždu, a to jako jeho nejextrémnější a nejkonečnější formu. Sebevražda může být rychlá a přímá (průstřel hlavy) nebo pomalá a nepřímá (upije se k smrti, přestane jíst). Staří lidé, a především muži, jsou z hlediska sebevraždy vysoce rizikovou skupinou. Motivem k sebevraždě může být deprese, sociální izolace, nepřijatelný zdravotní stav, ztráta nejbližšího člověka a jiné. Podle mého názoru by měly být myšlenky na sebevraždu a sebevražda jako taková zařazeny (pokud už mají spadat pod sebezanedbávání) do neúmyslného zanedbávání (hlavně z důvodu následné intervence – většina okolností, které způsobují u starého člověka myšlenky na sebevraždu, se dají nějakým způsobem upravit do pozitivnější roviny).

4.4. Příčiny a rizikové faktory EAN

Každý starý člověk se může stát obětí EAN. Nemusí jít nutně o starého člověka zařaditelného do kategorie „zranitelných“, protože špatné zacházení nevyplývá pouze ze zranitelnosti starého člověka, ale i z určitých faktorů na straně pachatele. Existují různá vysvětlení, proč k EAN dochází, žádné z nich však nebylo důsledně potvrzeno. Někteří autoři mluví o teoriích příčin, jiní raději spíše o rizikových faktorech, které k EAN mohou přispět. Mnoho výzkumů se spálilo na snaze vytvořit kompletní a ověřený seznam rizikových faktorů, které by dávaly možnost vytipovat potenciální oběti a pachatele EAN⁶⁴. Ani já se tedy nebudu snažit o vytvoření přehledného schématu potenciálních příčin a přispívajících faktorů, spíše přiblížím oblasti, na něž se soustředí současný vědecký zájem.

Zřejmě nejčastěji zmiňovanou teorií v souvislosti s příčinami EAN je teorie nadměrného břemena pečovatele (neboli teorie stresu pečovatele). Tato teorie se objevila

⁶⁴ Na druhé straně se podařilo vytvořit alespoň seznam příznaků/rizikových faktorů, které mohou při screeningu vytipovat potenciální oběť EAN, viz *Příloha 5*.

krátce po odhalení problému EAN jako takového a stále přetrvává jako nejčastější vysvětlení špatného zacházení, přestože četné výzkumy nepotvrdily její platnost. Také podle mého názoru je v případě označování teorie stresu jako dominantního vysvětlení špatného zacházení na místě maximální obezřetnost, protože:

- pachatelem EAN nemusí být vůbec primární pečovatel (tedy osoba nejvíce sužovaná náročnou péčí o starého člověka);
- obětí EAN se může stát i starý člověk, který se zcela samostatný a nevyžaduje žádnou péči ze strany další osoby;
- je dokázáno, že někteří pečovatelé, kteří byli objektivně vystaveni mnohem větším tlakům při péči, se nedopouštěli špatného zacházení oproti jiným, kteří byli objektivně méně stresováni (WHITE, 2000);
- tato teorie „svaluje“ vinu na oběť (jakožto na náročný objekt péče, který působí svému pečovateli nadměrný stres), přispívá tedy k sekundární viktimizaci starého člověka a může vést k opatřením, která jej ještě více ohroží.

Spíše než příčinou EAN byl stres pečovatele nazvala rizikovým faktorem, tedy faktorem, který za určitých okolností a v kombinaci s dalšími faktory může vést k EAN spíše než faktory jiné. Je důležité znovu připomenout, že péče o starého člověka je často velmi náročná a vyčerpávající, pečovatel tak může být oslaben ve své psychické resistenci vůči zátěži, a přidají-li se další faktory (například agresivita opečovávaného), může reagovat špatným zacházením.

Stejně jako teorie stresu i další uváděné teorie (nazvěme je spíše možnými příčinami) vysvětlují pouze určitý zlomek případů špatného zacházení. Jde například o teorii mezigeneračního přenosu násilí, kdy pachatel oplácí nyní bezbranné oběti týrání, zneužívání či zanedbávání, kterého se na něm starý člověk dopouštěl v dětství. V některých případech je dominantní příčinou osobnost pachatele, ať už jako vyhrocený rys osobnosti nebo přímo psychická porucha (FULMER et al., 2005a). Časté je také špatné zacházení pod vlivem dekompenzace duševní nemoci (např. schizofrenie), které zmizí ve chvíli, kdy pachatel nastoupí léčbu. Také teorie domácího násilí jakožto moci a kontroly platí pouze pro některé případy EAN. Zde jde často o pokračování násilí

z období dospělosti, nebo může jít o odplatu původně týraného na nyní zranitelném dřívějším pachateli.

Dále shrnuji rizikové faktory, které bývají zvažovány v souvislosti se špatným zacházením se starými lidmi. Jde o rizikové faktory na straně pachatele, na straně oběti, a dále také faktory situační. V jednotlivých případech EAN se mohou objevovat různé kombinace těchto faktorů, jejichž vzájemná dynamika nakonec vedla k týrání, zneužívání či zanedbávání.

K rizikovým faktorům na straně pachatele patří již uvedená psychická porucha a osobnostní patologie, a v rámci psychopatologie také zneužívání alkoholu a dalších drog. Podle Manthorpeové deprese pachatele vede spíše k zanedbávání, zatímco užívání alkoholu je spojeno spíše s fyzickým týráním (MANTHORPE et al., 2005). Kromě stresu z péče v případě EAN ze strany pečovatele hraje roli také stres obecně (například z tíživé životní situace, ztráty partnera, ztráty práce, vysokých dluhů atd.). Jako rizikový faktor je často uváděna závislost pachatele na oběti (ta může být materiální, ale i emocionální), nedostatečná sociální podpora či chatrné zdraví pachatele, které hraje roli zejména v případech zanedbávání. Kromě neschopnosti poskytovat přiměřenou péči může jít ale i o fakt, že byl pachatel do role pečovatele vtlačen proti své vůli, případně se u něj postupem času dostavil syndrom vyhoření.

Profil typického pachatele neexistuje, jen se zdá, že o něco častějšími pachateli jsou muži, a nejčastějšími rizikovými faktory psychopatologie pachatele, závislost na oběti a historie týrání či zneužívání ve vlastním životě (HOGSTEL, CURRY, 1999).

Někteří autoři se zabývali otázkou, zda je pachatelem EAN častěji neplacený či placený pečovatel (v instituci nebo docházející za starými člověkem domů). Fulmer ve svém výzkumu zjistil, že mnohem větší pravděpodobnost zanedbávání hrozila u placených pečovatelů, což se podle něj liší od dalších dat, která tvrdí, že péči více zanedbávají neplacení pečovatelé (FULMER et al., 2005b). Tedy i v tomto ohledu je ještě třeba další výzkum, aby podle výsledků mohly být vhodně upraveny preventivní programy.

K rizikovým faktorům na straně oběti se řadí kognitivní nebo fyzické poškození, které primárně staví starého člověka do role toho, o koho je třeba pečovat, sekundárně

pak znesnadňuje nebo znemožňuje možnost bránit se špatnému zacházení. Některé kognitivní nebo vůbec psychické poruchy mohou být rizikovými i kvůli svým projevům (například agresivita starého člověka trpícího demencí, apatie a neochota spolupracovat při běžných denních aktivitách při depresi atd.). Agresivita starého člověka jakožto rizikový faktor byla dost podrobně zkoumána, ukázalo se, že je významným prediktorem špatného zacházení (agresivní senioři byli 4x častěji oběťmi EAN než neagresivní senioři), především fyzického týrání (SHAW, 1998). Osobnost seniora může být rizikovým faktorem v případech, že je neustále nespokojený, kritizující, obviňující, nebo naopak velmi submisivní a ponížený. Dalším rizikovým faktorem je závislost starého člověka na pachateli, ať už finanční, emocionální nebo funkční, a také jeho sociální izolace od okolí a zneužívání alkoholu a jiných drog.

Profil typické oběti nebyl spolehlivě určen, zdá se, že častějšími oběťmi jsou ženy (což může být také vzhledem k jejich početní převaze v této věkové skupině) a obecně více zranitelní staří lidé. Zranitelnost můžeme v tomto směru charakterizovat jako kombinaci rizikových příznaků na straně oběti. Fulmer rozlišuje faktory zranitelnosti na straně seniora a faktory rizikovosti na straně potenciálního pachatele, jejich vzájemná interakce potom ústí ve špatné zacházení v té či oné podobě (FULMER et al., 2005a).

Ještě bych ráda zmínila další faktory zvyšující pravděpodobnost EAN, které nejsou primárně zařaditelné pod pachatele ani oběť, jedná se o jakési situační, vztahové a společenské rizikové faktory: velmi často je uváděna domácnost sdílená seniorem a jeho potenciálním pachatelem, dále historie vzájemných konfliktních vztahů, slabá sociální podpora a jiné. Hogstelová a Curryová pak uvádějí i obecnější faktory, které mohou přispět k EAN, a to ageismus, všeobecně vyšší tolerance k násilí ve společnosti, uvolňování mezigeneračních vazeb atd. (HOGSTEL, CURRY, 1999).

Specifické rizikové faktory pak zvyšují pravděpodobnost výskytu špatného zacházení se starými lidmi v institucích. U starého člověka je to především již zmíněná agresivita, ale i poruchy vyměšování (inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici, zvracení), které se velmi pracně odstraňují a zároveň často opakují. I když by

ošetřovatelky měly být patřičně vzdělány, mohou si myslet, že to starý člověk dělá schválně. Na straně personálu může jít o všechny výše uvedené rizikové faktory.

V institucích se navíc vyskytují další rizikové faktory, které můžeme nazvat organizačními. Jde o jednoduchou rovnici – málo peněz – málo personálu – málo času. Zdravotní personál dělá přesčasy, dvojité směny, noční směny, nedostane volno, když potřebuje, má na starosti více pacientů nebo klientů, než je objektivně zvládnutelné atd. (GOERGEN, 2004). Kumulující se únava a přepracování může vést k syndromu vyhoření, snižuje resistenci vůči případné agresivitě (ale i aktivitě vůbec) klienta, takže spíše dojde k nepřiměřené reakci fyzického nebo verbálního rázu (SHAW, 1998). Ošetřovatel nebo zdravotní sestra se ale může stát pachatelem i čistě z nedostatku času – má tolik práce, že prostě nestíhá převléct všechny mokré postele, nakrmit všechny ty, kteří se sami nenají atd.

Tyto problémy nejsou primárně záležitostmi personálu, ale vedení instituce. Je jasné, že se jedná o komplikovaný problém financování, personální politiky a organizačních schopností. V současné době probíhá paralelně v několika zemích (např. UK, Německo) debata o kvalitě služeb poskytovaných některými institucemi, doufejme tedy, že neskončí jen u kritiky současných poměrů, ale pokročí dále k otázce adekvátního financování těchto institucí a dalším souvisejícím problémům.

Specifickou záležitostí je prověřování lidí ucházejících se o práci profesionálního pečovatele, zdravotníka atd. Personální politika každé instituce, jejíž náplní je poskytování péče, by měla být připravena tak, aby se při přijímání nových zaměstnanců vyliminovali jedinci nevhodní pro práci s lidmi (nezralé osobnosti, agresivní osobnosti, lidé mající problém s drogami, nezvládající stres apod.). Některé státy pak budují centrální registry lidí, kteří se dopustili špatného zacházení na dětech, seniorech nebo zranitelných dospělých a kterým je další práce v této oblasti zapovězena, a každá instituce má povinnost nově přijímané zaměstnance v těchto registrech kontrolovat⁶⁵.

U již přijatých zaměstnanců hraje klíčovou roli další vzdělávání a výcvik, který má sledovat problémové oblasti péče o klienty, ale také profesionální supervize. Tyto klíčové procesy však nejsou ani zdaleka takovou samozřejmostí, jakou by měly být.

⁶⁵ Příkladem může být Velká Británie, které se budu věnovat v empirické části.

V této kapitole jsem se věnovala nejprve člověku v přirozeném procesu stárnutí, který může v některých případech dospět do fáze určité ztráty samostatnosti a potřeby pomoci a péče od druhých. Poté jsem popsala psychické aspekty viktimizace, které mohou nastat ve chvíli, kdy se starý člověk stane obětí EAN. Pachatelem špatného zacházení může, ale nemusí být primární pečovatel, jehož úloha postarat se kvalitně o starého člověka je velmi náročná. Špatné zacházení má často původ v osobnosti pachatele, ale důležité jsou i interakční prvky EAN. Specifickým případem EAN je potom sebezanedbávání, kdy je starý člověk sám sobě strůjcem špatného zacházení. Dodnes nejsou známy komplexní příčiny syndromu EAN, pokročil však výzkum rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost, že k EAN dojde, a které jsem zde v krátkosti uvedla.

5. Intervence a prevence EAN

V této kapitole se budu věnovat procesům, které nastanou po detekci špatného zacházení, tedy následné intervenci, jenž má kvůli interdisciplinární povaze syndromu EAN mnoho rovin. Kterých odborníků se intervence týká? Které kroky zahrnuje? Jaká je role oběti v příslušných procedurách a jak je oběť vnímá? Opět zkonstatuji, že úspěšná intervence by měla být záležitostí multidisciplinárních týmů, které jsou nejlépe vybaveny pro řešení jednotlivých případů EAN. Podívám se také na tzv. primární intervenci, neboli prevenci syndromu EAN. Co všechno by měla zahrnovat, kterých skupin by se měla týkat, jakými metodami by měla být šířena? Na závěr kapitoly se budu věnovat potenciálním rolím psychologů, kteří mohou v procesech intervence i prevence udělat obrovský kus práce a měli by být jejich nezastupitelnou součástí.

5.1. Mnohostrannost intervence a úloha multidisciplinárních týmů

Již v úvodní kapitole jsem přiblížila mezioborovou povahu syndromu EAN. Je tedy logické, že i v intervenci hrají roli odborníci různých profesí⁶⁶. Nejčastěji je pomoc obětem špatného zacházení se starými lidmi záležitostí *sociálních pracovníků*. Ti mohou nabídnout podpůrné sociální služby, poskytovat poradenství a vést starého člověka celým procesem intervence. Většinou zprostředkovávají kontakt oběti násilí nebo zneužívání s dalšími odborníky a při tomto kontaktu zastupují potřeby oběti.

U některých případů špatného zacházení je bohužel nutný také zásah *zdravotníků*. Fyzické týrání často zanechává zranění, která je nutno akutně nebo dlouhodobě léčit. Oběti zanedbávání a sebezanedbávání často neviděly lékaře celé roky. Někdy je nutné starého člověka hospitalizovat, třeba i proto, aby se na chvíli oddělil od pachatele (SADOVSKY, 1999). Lékaři a další zdravotnický personál zároveň hrají klíčovou roli v detekci případů EAN, jak jsem blíže uvedla v kapitole o příznacích EAN. Mohou také vyhodnotit fyzický status starého člověka, pokud to následná intervence vyžaduje.

⁶⁶ Účelem této diplomové práce není popisovat vyčerpávajícím způsobem činnosti jednotlivých odborníků, kteří mohou hrát roli v pomoci oběti, proto zde tuto činnost pouze zmíním.

Stanovení svéprávnosti z kognitivního hlediska by mělo být záležitostí *psychiatrů*, stejně jako stanovení celkové mentální kondice seniora (například zda trpí demencí, depresí atd.). Pro efektivní intervenci je také zásadní určení psychického stavu pachatele (přítomnost psychické poruchy, závislosti na alkoholu atd.) a následná léčba, bohužel v praxi k tomu příliš často nedojde.

Zkoumáním osobnosti pachatele nebo oběti (např. pro potřeby soudního řízení) se zabývá *psycholog*, který také může suplovat psychiatra v některých výše uvedených procedurách. Jeho nejdůležitější rolí v intervenci je však psychologická pomoc oběti, která trpí psychickými následky špatného zacházení. Úlohám psychologů v procesech prevence a intervence se budu věnovat v závěru této kapitoly.

V některých případech špatného zacházení se starými lidmi se do intervence zapojují i *policejní a soudní složky*, které jsou bohužel častým zdrojem sekundární viktimizace oběti (ČÍRTKOVÁ, VITOUŠOVÁ, 2007). Také *právníci* mají často silnější zbraně na podporu pachatele než oběti. Vyplývá to především z nevhodně formulovaných zákonů (nepřesně určená oznamovací povinnost, možnost odvolání trestního řízení a jiné). Právní otázky syndromu EAN by vydaly na samostatnou kapitolu, v České republice se touto konkrétní problematikou zabývá R.Macháčková (MACHÁČKOVÁ, 2000).

Pro kompletní a maximálně efektivní intervenci je potom žádoucí, aby tito (a další) odborníci spolupracovali, a to nejlépe ve formě multidisciplinárního týmu. Týmová intervence již pokusně proběhla v několika projektech a jejich recenzenti si to nemohou vynachválit (LACHS, PILLEMER, 2004; WIGLESWORTH et al., 2006). Bohužel se zatím jedná pouze o ojedinělé projekty v rámci jednotlivých nemocnic nebo organizací. Navíc jednotliví odborníci nemají čas se podobných aktivit účastnit. Nejlepší by bylo, kdyby v rámci určité oblasti (okresu, kraje nebo alespoň státu) fungovala skupina pro detekci, intervenci a prevenci EAN, jejíž součástí by multidisciplinární tým byl. Tato skupina by mohla být buď orgánem určeným státem, nebo by mohla fungovat v rámci neziskových organizací, které se věnují syndromu EAN. Jednotliví odborníci (z profesí, u kterých je to možné, tedy lékaři - geriatři, sociální pracovníci,

psychologové, právníci atd.) by byli v týmu zaangažováni na plný nebo částečný úvazek, s ostatními složkami by se intenzivně spolupracovalo⁶⁷ (policisté, APS pracovníci).

Výhody spolupráce v jednom týmu jsou následující: intervence je flexibilnější, rychlejší, pohotovější a ušitá na tělo jednotlivým obětem špatného zacházení. Všechny procedury se odehrávají v rámci jednoho systému (určování svéprávnosti, věrohodnosti, kognitivního stavu, majetkového zázemí, sociálního zázemí, pomoc a podpora obětem atd.). Nedochází k duplicitním aktivitám (stačí jedno lékařské vyšetření, jeden výslech atd.). K případu se vyjádří všichni příslušní odborníci a na místě dochází k diskusi a k volbě optimální intervence (WIGLESWORTH et al., 2006).

Lékaři v multidisciplinárních týmech by měli být geriatři, také ostatní účastníci by měli být podrobně seznámeni s problematikou a specifiky stáří (gerontologové, gerontopsychiatři atd.). Kdo všechno může být součástí multidisciplinárního týmu a jaká je jeho role, ukazuje například *Příloha 6* (LACHS, PILLEMER, 2004).

Konkrétní výsledky si můžeme ukázat třeba na příkladu nového modelu integrace zdravotních a sociálních služeb v rámci jednoho projektu v USA, nazvaného VAST (The Vulnerable Adult Specialist Team), který začal jako pokus v rámci jednoho výzkumu, a poté díky svému úspěchu začal běžně fungovat v jedné části USA. Tento tým prováděl vyšetřování případů EAN a na následné intervenci spolupracoval s APS a policejně-soudním systémem. Zdejší odborníci (dva geriatři, gerontopsycholog nebo gerontopsychiatr, gerontolog, sociální pracovník a koordinátor projektu) pomáhali v potvrzování jednotlivých případů EAN, dokumentovali poškození, přezkoumávali předepsanou medikaci a zdravotní kondici seniora, v případě potřeby iniciovali opatrovnický proces, přesvědčovali klienta a jeho rodinu k akci, a pokud to bylo nutné, k policejně-soudnímu zásahu. Výsledky byly pozitivní: k vytvoření plánu péče došlo ve 48% případů EAN, ve 29% případů došlo k započetí procesu opatrovnictví, ve 12% případů byla oběť hospitalizována a ve stejném počtu případů zůstala bezpečně doma. Pouze 15% obětí odmítlo nabízenou intervenci (MOSQUEDA et al., 2004).

Existence multidisciplinárních týmů je však teprve pohádkou budoucnosti, většinou se intervence soustředí do rukou jednoho (sociálního pracovníka), maximálně

⁶⁷ V rámci státem řízené skupiny by jim to mohlo být určeno jako hlavní náplň práce.

dvou nebo tří odborníků (navíc psychologa a právníka). A jak tedy může intervence konkrétně vypadat?

5.2. Pomoc obětem v praxi

Jak jsem již uvedla, mnoho obětí špatného zacházení se starými lidmi před svým okolím tají, že se jich EAN týká. Příčiny mohou být rozličné, většinou jde o stud, obavy z neznáma, strach z pomsty pachatele a mnoho dalších⁶⁸. Ani v případě, že týrání či zneužívání dojde do absolutních krajností, není ještě jisté, že se se svým trápením svěří (mohou chodit k lékaři k různými somatickými stesky, mohou ale také v izolaci přemýšlet nad sebevraždou). Nejsou známy přesné mechanismy, které rozhodnou o tom, zda oběť vyhledá pomoc či nikoliv a zda ji přijme (DOUGLASS, 2005).

Pomoc zvenčí tedy oběti EAN často považují za více ohrožující než samotné trápení ze strany pachatele. Velkou roli v tom hraje neznalost příslušných postupů a také obavy, že budou umístěni do institucionální péče, že roztočí kolotoč, který nebudou schopni zastavit, tedy obavy z neznáma. Proto je pro ně vhodnou alternativou intervence krizová telefonická linka, na které se mohou anonymně, a tudíž bezpečně, informovat o všech možnostech, nechat si poradit a podpořit (KOSAŘOVÁ, 2007). Vhodné je, aby byla linka celodenní, bezplatná, a zároveň široce propagovaná, aby o ní staří lidé věděli. Na základě konzultace s poradcem na lince se mohou rozhodnout, že přijmou nějaká další opatření a že si nechají pomoci zvenčí. Ze zkušeností ale vyplývá, že to příliš často nedělají (PILÁTOVÁ, 2007).

Ani pokud dojde k odhalení případu EAN odjinud než ze strany oběti (lékařská prohlídka, svědectví souseda atd.), není situace jiná. Starý člověk může nabízenou pomoc odmítnout. Díky příručce Tošnerové u nás vešlo ve známost schéma postupu při podezření na špatné zacházení, které uvádím v *Příloze 7*⁶⁹. V příručce také naleznete bližší popis jednotlivých kroků (TOŠNEROVÁ, 2002b). Vidíme, že se zde počítá i s případem, kdy oběť není schopná dát souhlas, respektive není schopná svéprávného rozhodování.

⁶⁸ Těmito důvody jsem se zabývala v kapitole *Oběť, pachatel a rizikové faktory EAN*.

⁶⁹ Podobné schéma vytvořili například autoři Lachs a Pillemer (LACHS, PILLEMER, 2004).

Douglass uvádí, že staří lidé, kteří se špatné zacházení rozhodnout řešit přes vnější pomoc, jsou již skutečně zoufalí, a intervenci chápou jako jedinou cestu, jak týrání či zneužívání zastavit. Cítí, že je nutné podstoupit určité procedury (návštěva příslušného místa, kde může najít pomoc; detailní výpověď o špatném zacházení atd.), a zároveň se toho bojí, stydí nebo se cítí trapně. Tyto ambivalentní pocity musí pomáhající chápat a maximálně respektovat soukromí a autonomii oběti. Intervence (zvláště pokud je spojena s policejním vyšetřováním) může vyvolat u oběti jakousi krizi – zasáhne starého člověka na mnohdy nejzranitelnějších místech, a stejně tak i jeho rodinu (navíc je zde riziko sekundární viktimizace, jak jsem se již zmínila). Někdy bude třeba extrémní akce (institucionalizace aj.), aby byl senior ochráněn, většinou ale zůstane v prostředí, kde k EAN došlo, s čímž musí plán pomoci počítat (DOUGLASS, 2005).

Douglass také zkoumal, kterých faktorů si oběti na intervenci cení nejvíce. Nejdůležitější pro ně byla otevřenost a upřímnost v jednání pomáhajícího, trpělivé a podrobné vysvětlování, okamžitá reakce (zvláště v případě fyzického týrání), poskytnutí požadovaných služeb, které prakticky odlehčí situaci, a udržování konstruktivního vztahu se starým člověkem, ale i pachatelem. Je tedy třeba snažit se o holistický vhled do situace se zřetelem na potřeby všech zúčastněných stran. Dle autora je správná ta intervence, která kombinuje empatii, citlivost a snahu o maximální účast jedince v krizi na rozhodování, opřená o profesionální rozhodování (DOUGLASS, 2005).

Je zřejmé, že komplexní intervence případů EAN se nemůže soustředit pouze na oběť a její životní situaci. Mnohdy jsou to právě charakteristiky pachatele, které jsou tou pravou příčinou špatného zacházení⁷⁰. Bohužel práce s pachatelem není vždy možná, ne každý pachatel chce spolupracovat a nechat si pomoci. A například Tošnerová zdůrazňuje, že „vzhledem k tomu, že obětí je ubližováno bez ohledu na zjišťování okolností a příčin, za kterých se pečovatelé starají a působí na pacienta, strategie zásahu by se především měla zaměřit na ochranu a podporu oběti“ (TOŠNEROVÁ, 2002b, s.18).

⁷⁰ Viz podkapitola *Příčiny a rizikové faktory EAN*.

Konkrétní intervence se samozřejmě liší případ od případu, roli hraje mnoho proměnných (o jaký typ špatného zacházení se jedná, jaké jsou jeho pravděpodobné příčiny, spolupracuje i pachatel, je oběť svéprávná a mnohé další). Jiná bude v případě rozsáhlého materiálního zneužívání ze strany personálu v ústavu sociální péče, jiná v případě zanedbávání kvůli nedostatku mentální či fyzické kapacity pečovatele (například když se manželka stará o svého chotě s pokročilou demencí a sama už situaci nezvládá) atd.

Ke zlepšení situace, ve které se oběť EAN nachází, mohou pomoci například sociální dávky, podpůrné sociální nebo zdravotní služby (donáška jídla domů, docházení ošetřovatelky domů a mnoho dalších), přijetí placeného nebo dobrovolného pomocníka, poradenství ve všech jeho formách (právní, psychologické, sociální), psychoterapie a léčba duševních poruch, medicínský zákrok, ustanovení opatrovníka, napsání závěti a podobně.

Tošnerová upozorňuje, že některé zákroky mohou oběti spíše ublížit než pomoci, pokud jsou špatně načasovány nebo uplatněny bez dostatečné znalosti situace. Například předepsání léků proti depresi nebo sedativ může vést k tomu, že schopnost oběti správně reagovat v situaci krize bude snížena. Manželské nebo rodinné poradenství ve fázi, kdy pachatel nepřiznal plnou odpovědnost za své činy a neprojevil upřímnou ochotu ke spolupráci, může ohrozit oběť dalším násilím. Zcela nevhodné je potom při intervenci obviňovat oběť (proč se více nesnažíte mu vyjít vstříc?) nebo stranit pachateli (má to přece těžké) (TOŠNEROVÁ, 2002b).

V případě EAN, kdy je pachatelem pečovatel, je přítomna tendence realizovat intervenci sejmutím části jeho pečovatelského břemene (umístit starého člověka do denního centra, navštěvovat podpůrné skupiny pro pečovatele, najmout placeného pečovatele nebo dobrovolníka na ulehčení péče). Tato tendence vychází z obecně přijímaného názoru, že hlavní příčinou špatného zacházení je právě stres pečovatele z náročné péče⁷¹. Reisová a Nahmiasová však zdůrazňují, že intervence zaměřená pouze na redukci stresu pečovatele není vzhledem k prevenci pokračování špatného zacházení efektivní (REIS, NAHMIASH, 1998).

⁷¹ Viz kapitola *Oběť, pachatel a rizikové faktory EAN*.

Často se nedá čekat, že by se situace oběti špatného zacházení vyřešila ideálně, ale každý krůček se počítá. Hlavní je za všech okolností nespustit ze zřetele potřeby oběti, které by měly být měřítkem všech činností, ke kterým v rámci intervence dojde. Důležité je respektovat soukromí a autonomii starého člověka a uvědomovat si reálně jeho situaci: uvězněním pachatele sice dojde naplnění spravedlnost v obecném slova smyslu, ale starý člověk přitom může ztratit jedinou blízkou osobu, která mu zbyla, současně i dosavadní domov, a tedy možná jediné jistoty, které v životě měl.

Profesionálové, kteří se podporou a pomocí oběti zabývají, se nejednou ocitají v nelehké situaci. Mohou být frustrováni, pokud oběť odmítne jejich služby, přitom je v zoufalém stavu a mohlo by jí být možná i celkem jednoduše pomoheno. Mohou být postaveni před různá etická dilemata (jedním z nich je například oznamovací povinnost, i proti vůli oběti), mohou být zastrašováni pachatelem a podobně. Domnívám se, že i tyto záležitosti by byly únosnější, pokud by se intervence odehrávala v rámci multidisciplinárního týmu.

5.3. Prevence EAN

Primární intervence, respektive prevence má za úkol předcházet tomu, aby ke špatnému zacházení vůbec došlo. Prevenci můžeme rozdělit na primární (zaměřenou na celou populaci), sekundární (zaměřenou na ohroženou skupinu, tedy staré lidi) a terciární (zaměřenou na ty jedince, u nichž se již EAN objevil).

Hlavní náplní primární intervence je zvyšování povědomí o tom, že špatné zacházení se starými lidmi vůbec existuje, a zároveň šíření informací a vzdělávání v této oblasti. Osvěta by měla být zaměřena jednak na celou veřejnost, ale také na profesionály, kteří mohou s EAN přijít snadno do styku.

Výzkum na poli EAN se málo zabývá edukačními a osvětovými programy pro veřejnost, do šíření osvěty je vkládáno poměrně malé úsilí. Není tedy divu, že přestože o jevu EAN odborníci mluví už několik desetiletí, jen malé procento veřejnosti ho zná. Pouze jeden z deseti respondentů považuje špatné zacházení se starými lidmi za závažný problém (BLAKELY, DOLON, 1998). Je nutné vzbudit v lidech povědomí o EAN, aby si uvědomili, že je běžnou součástí života kolem nich, a

zároveň v nich probudit odpovědnost a závazky vůči starým lidem. Součástí takové osvěty by měla být i kampaň proti ageismu a souvisejícím předsudkům, které způsobují určitou sociální izolaci starých lidí. Tošnerová k tomu uvádí, že jakmile si lidé uvědomí, že se to jednou může stát i jim, jejich postoj k situaci se změní (TOŠNEROVÁ, 2002b).

Edukační programy by pak měly veřejnosti syndrom špatného zacházení více přiblížit: které typy obsahuje, jak je častý, že se může týkat každého z nás (jako oběti nebo jako pachatele), že nezávisí na kultuře ani socioekonomickém statutu, a v neposlední řadě by měly informovat o možnostech akce, kterou může každý člověk podniknout, pokud je svědkem špatného zacházení (kam může zavolat, jak může starému člověku pomoci atd.).

Při vzdělávání veřejnosti by měla svou roli sehrát média (televize, noviny, časopisy). V současné době média informují o jednotlivých případech špatného zacházení, ale podle mého názoru v jejich příspěvcích není dostatečně zdůrazněno, že se jedná o konkrétní případ zapadající do určitého scénáře (jako je tomu v případech domácího násilí a násilí na dětech), který by měl vzbudit pozornost lidí a jejich odpovědnost za následnou akci. Proto považují za důležité vzdělávat novináře a zapojovat je do aktivit spojených s osvětou.

Kromě informování v rámci médií je možné vést osvětu a vzdělávání veřejnosti v rámci různých seminářů a diskusí, rozdávání brožurek, tvorby a promítání dokumentů a filmů; vhodné jsou kampaně zacílené na problematiku seniorů nebo přímo EAN samotného. Rok 1999 byl vyhlášen Mezinárodním rokem seniorů. INPEA (*The International Network for the Prevention of Elder Abuse*) vyhlásila Světový den povědomí o EAN (*World Elder Abuse Awareness Day*) na 15.6.2006. V rámci tohoto dne proběhla i v České republice kampaň pod záštitou organizace Život 90, které se budu věnovat v empirické části.

Kromě veřejnosti obecně je obzvlášť nutné vzdělávat veřejnost odbornou. Všichni profesionálové, kteří mohou při své práci přijít do styku se starými lidmi, by měli být vzděláni v oblasti EAN. Týká se to především odborníků z oblasti pomáhajících profesí (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky, sociální pracovníci, psychologové a pod.), ale například i úředníků a poštovních doručovatelů. Ti všichni

mohou dennodenně procházet kolem obětí špatného zacházení, aniž by si to uvědomovali nebo aniž by byli schopni špatné zacházení rozpoznat. Důležité je vzdělávání v detekci EAN, ale i v následných postupech (co mají učinit), které do značné míry závisejí jednak na ochotě těchto lidí převzít na případu spoluodpovědnost, jednak na příslušných zákonech (v USA musejí případ EAN hlásit ze zákona, byť si to oběť nepřeje). Syndrom EAN by se měl stát nedílnou součástí vzdělávacích osnov, podobně jako syndrom CAN a domácí násilí.

Specifickou oblastí je potom prevence v institucích poskytujících starými lidem zázemí nebo péči (domovy důchodců, nemocnice atd.). Profesionálové v těchto institucích mohou být také potenciálními pachateli EAN, proto je nutné na ně zaměřit preventivní programy. Jak jsem již uvedla v kapitole o rizikových faktorech, špatné zacházení zde může vyplývat spíše ze špatné finanční politiky a organizace práce. Conlin-Shawová zdůrazňuje, že zásadním preventivním prvkem násilí v institucích je odklonění se od modelu instituce řízené finančními zájmy (kde je produktivita a efektivita na prvním místě) k modelu, který si cení péče a mezilidských vztahů. Personálu by měl být dostatek, měl by mít víc dovolené, kratší směny, dostatečný plat, vzdělávání a supervizi. Personální politika by měla prosít nevhodné kandidáty o práci pečovatele (CONLIN-SHAW, 1998). Zároveň je možné umístit formuláře pro hlášení nespokojenosti se službami (nebo přímo EAN) na místa, která jsou na očích personálu, starých lidí i návštěvníků (UNDERWOOD, 2005).

Sekundární prevence se potom zaměřuje přímo na staré lidi, ale i na jejich pečovatele. Důležité je maximálně zvýšit kvalitu života starých lidí, zaměřit se na prevenci rozpadu rodinných vztahů a udržet staré lidi co nejdéle soběstačné a v jejich domovech (HARDIN, KHAN-HUDSON, 2005). Gray-Vickreyová uvádí přehledný návod prevence pro staré lidi:

- zůstaňte společenští (udržujte a rozšiřujte síť přátel; pokud se přestěhujete, udržujte kontakt se starými přáteli a sousedy; mějte dobrého přítele, se kterým můžete otevřeně mluvit; zvěte si domů návštěvy)

- zůstaňte aktivní (přijímejte příležitosti dělat nové věci; dobrovolničte nebo vstupte do nějaké skupiny či organizace; dbejte na pravidelné zubní a zdravotní prohlídky; dovolte si kosmetickou péči)
- zůstaňte organizovaní (udržujte si své věci v pořádku a upravené; ujistěte se, že ostatní ví, že máte přehled o svých cennostech; sami otevírejte a posílejte svou poštu, penzi si nechte posílat přímo na účet; používejte záznamník, abyste měli přehled o příchozích hovorech)
- zůstaňte informovaní (promluvte si s právníkem, co můžete dělat pro případ, že byste v budoucnosti přestali být soběstační, třeba si stanovte svého zástupce pro finanční a zdravotní záležitosti; nechte si poradit, než někoho stanovíte svým pečovatelem výměnou za váš majetek; pravidelně si projděte svou závěť; mějte na paměti, kam jít, kdybyste se stal/a obětí EAN; požádejte o pomoc, když ji potřebujete)
- dodržujte tato NE: nežijte s nikým, kdo v minulosti páchal násilí nebo zneužíval alkohol či jiné drogy; nenechávejte svůj byt bez dozoru, když jedete pryč na delší dobu; nenechávejte ležet cennosti jen tak; nepodepisujte žádný dokument, dokud jej neviděl někdo, komu důvěřujete; nedovolte, aby vám někdo tajil informace o vašem majetku (GRAY-VICKREY, 2000).

Preventivně může působit také zřízení poradenských služeb pro seniory a jejich pečovatele, a také například nonstop poradenské linky (THOMPSON, PRIEST, 2005). Autoři, kteří primárně vycházejí z teorie stresu jako z hlavní příčiny EAN, by prevenci zaměřili právě na redukci stresu a nadměrné zátěže pečovatele (NERENBERG, 2000; THOMPSON, PRIEST, 2005). Podle nich je pro prevenci EAN krucální sociální podpora pečovatelům a jejich svěřencům (centra denní péče, pomocné ošetřovatelky, rozvoz jídel domů atd.).

Bergeron a Grayová zdůrazňují úlohu podpůrných skupin pro pečovatele, které mají mnohé preventivní funkce: poskytují úlevu od role pečovatele; redukuje pocity izolace a osamělosti; poskytují bezpečné místo pro sdílení emocí a pocitů spojených s péčí; pečovatelům se v nich dostane ujištění, že jejich péče je velmi důležitá, a získají zde další motivaci a naději. V rámci podpůrných skupin dochází také ke vzdělávání

v oblasti procesu stárnutí, oblasti technik vyrovnávání se se stresem a řešení problémů. Pečovatelé zde také mohou najít pomoc při řešení některých palčivých problémů při péči (BERGERON, GRAY, 2003).

Jaká by mohla být preventivní role státu a vládní politiky? Prioritou by měla být tvorba vyhovujících zákonů na ochranu zranitelných dospělých, včetně zákonů trestních⁷². Zlepšit by se mělo financování státních institucí poskytujících zdravotní a sociální péči (státní nemocnice, domy s pečovatelskou službou atd.) a vůbec politika ochrany a podpory zranitelných dospělých (například vývoj a implementace intervenčních postupů, multidisciplinárních týmů apod.). Stát by měl důsledně dohlížet na dodržování lidských práv seniorů. Uvažovat se dá i o registrech pachatelů EAN, aby se zabránilo jejich dalšímu kontaktu se zranitelnými dospělými v rámci profesionální péče. A v neposlední řadě by měl stát finančně podporovat výzkum v oblasti EAN. Nezastupitelnou roli v prevenci hrají organizace v neziskovém sektoru, což přiblížím v empirické části.

5.4. Role psychologa v intervenci a prevenci EAN

Psycholog může hrát významnou úlohu v intervenci i prevenci špatného zacházení se starými lidmi; může pracovat s obětí, pachatelem (potenciálním i skutečným), ale například i se svědky či dalšími rodinnými příslušníky.

Krizová intervence je jednou z nejdůležitějších částí práce s obětí. V knize Čírtkové a Vitoušové najdeme popis psychologické intervence s obětí v akutním stavu těsně po činu, která se týká spíše malého procenta obětí EAN (spíše se bude týkat trestných činů napadení, krádeže atd., které jsou u starých lidí také časté). V takovém případě přímo na místě probíhá psychologická první pomoc, na niž navazuje terapie akutního traumatu začínající dny až týdny po incidentu (ČÍRTKOVÁ, VITOUŠOVÁ, 2007).

V krizové intervenci hrají nezastupitelnou úlohu telefonické krizové linky, které by ideálně měly být celodenní a bezplatné. Tyto linky bývají anonymní a kromě krizové

⁷² Dle Vykopalové a jejích kolegů zveřejňování trestů působí preventivně (VYKOPALOVÁ et al., 2002).

funkce plní i roli informační a poradenskou. Zdá se, že služba telefonické linky je oběťmi násilí na seniorech (oproti poradenství tváří v tvář) poměrně hodně využívána, protože díky anonymitě poskytuje seniorovi dostatečnou záruku bezpečí a možnosti dále se samostatně rozhodovat (PILÁTOVÁ, 2007). V závislosti na tom, v jakém stavu klient volá, poskytuje pracovník linky pomoc. Může se jednat o stabilizaci a dodávání pocitu bezpečí těsně po traumatické události (například zoufalá stará paní volá poté, co ji její syn v alkoholovém opojení zbil) spolu s poskytnutím informací o možných alternativách řešení. Nastínění možností řešení je také zásadní pomocí při dlouhodobém špatném zacházení, stejně jako podpora ventilace emocí. Důležitým procesem při krizové intervenci (i následné dlouhodobé pomoci oběti, pokud k ní tato přistoupí) je mobilizace vlastních sil klienta, aby našel odvahu situaci násilí řešit (KOSAŘOVÁ, 2007).

Dlouhodobá psychologická pomoc obětem se skládá z poradenství a podpůrné terapie. Poradenství se zaměřuje na mapování současného života klienta a nastiňování možností budoucího vývoje. Kromě oběti se poradenství může orientovat na pachatele, případně na oba účastníky situace špatného zacházení (manželské poradenství, vztahové poradenství), nebo i širší rodinu (rodinné poradenství). Podpůrná terapie také hodně stojí na ventilování emocí, umožňuje obětem uspořádat si situaci v hlavě a přijmout některé aspekty jejich života, které není možné změnit (PILÁTOVÁ, 2007).

U týraných a zneužívaných starých lidí se mohou vyskytovat deprese a suicidální myšlenky. V některých případech se jen těžko hledá motivace, která by starého člověka pomohla vyvést z hluboké sklíčenosti a myšlenek na ukončení života. V případě depresí je potřeba snažit se starému člověku nabídnout léky. Ty ovšem nemusí pomoci u tzv. bilančních depresí, kdy před sebou starý člověk nevidí nic pozitivního, nic, na co by se mohl těšit, pro co by měl ještě zítra vstát z postele. Psycholog by se vždy měl snažit najít alespoň nějakou maličkost, která by mohla starého člověka aktivizovat – třeba ještě má nějaký úkol, který by měl ve svém životě zvládnout, třeba by mohl ještě být někomu užitečný. Nápomocná může být Franklova terapie, někdy pomáhá rozhovor s duchovním, pokud je starý člověk věřící (PILÁTOVÁ, 2007).

Další oblastí, ve které se může psycholog v intervenci EAN angažovat, je psychoterapie. Může se jednat o psychoterapii pachatele, pokud špatné zacházení

pramení z jeho osobnosti nebo duševní poruchy. Až donedávna se téměř nepraktikovala psychoterapie na starých lidech. Dnes se psychoterapie starých lidí zaměřuje na úzkostné a depresivní stavy (které mohou vyplývat právě ze špatného zacházení, ale samozřejmě se mohou týkat i starých lidí, kteří nejsou obětí EAN), případně se snaží o resocializaci lehčích forem psychóz a demencí (BAŠTECKÝ et al., 1994). Může jít o terapii individuální i skupinovou. Skupinovou terapii je také možno zaměřit na ošetřující personál, případně na rodinné příslušníky starých lidí.

Práce se starými lidmi klade zvláštní požadavky na osobnost psychoterapeuta i na průběh práce. Jak píše Baštecký: „Geriatricky orientovaný psychoterapeut musí především úspěšně věřit, že stáří není odepsanou životní etapou, a že výroky jako „tvořivé přijetí stáří“ či „otevření nových horizontů v posledním úseku života“ nejsou literární fikcí, ale reálnou možností konkrétních osob, s nimiž se pracuje“ (BAŠTECKÝ et al., 1994, s.120). Terapeut by se měl oprostit od ageistických postojů a představ. Měl by být možná více direktivní a realistický, orientovaný spíše na problém než na restrukturalizaci pacientovy osobnosti. Měl by se také spokojit s omezenými cíli, kterých lze v terapii dosáhnout. Baštecký zmiňuje osvědčenou metodu léčby vzpomínáním, kterou zavedl R. Butler. Vzpomínání na minulost může být pro starého člověka v mnohém přínosné.

Psycholog může vést podpůrné skupiny pro pečovatele, další jeho náplní práce může být supervize pečovatelského personálu. Může vést programy mentální aktivizace pro staré lidi (například trénink paměti) a mnohé další. Samozřejmostí by měla být jeho přítomnost v institucích poskytujících zdravotní a sociální péči starým lidem (nemocnice, domovy důchodců atd.), bohužel tomu tak není. Psycholog tedy zastává (nebo by mohl zastávat) širokou škálu postavení v systému prevence a intervence, a mnohé z nich jsou pro efektivní prevenci a intervenci klíčové.

V této kapitole jsem se zabývala intervencí v případech EAN, která je díky interdisciplinární povaze tohoto jevu záležitostí mnoha odborníků (sociálních pracovníků, psychologů, lékařů, právníků atd.). Zdůraznila jsem potřebu poskytování intervence celým týmem složeným z uvedených odborníků, pokud má

být tato maximálně efektivní a rychlá. Pomoc a podporu oběti je však možné poskytnout pouze v případě, že o to stojí (pokud pomineme případy nesvéprávných starých lidí). Uvedla jsem proto schéma postupu intervence pro situace, ve kterých oběť přijímá nebo odmítá. Následně jsem se věnovala prevenci EAN, která probíhá na mnoha rovinách (osvěta mezi širokou veřejností, vzdělávání profesionálů, prevence mezi starými lidmi, ale také pečovateli, kteří se o ně starají a mohou se potenciálně stát pachateli EAN). Navrhla jsem také oblasti prevence, ve kterých by se mohl aktivněji podílet stát. Na závěr kapitoly jsem se soustředila na profesi psychologa a na možné role, které může v procesu prevence a intervence zastávat.

Empirická část

V předchozí části diplomové práce jsem se detailně zabývala problematikou špatného zacházení se starými lidmi z obecného, respektive teoretického hlediska. Zdrojem informací mi byly četné odborné články a výzkumné studie pocházející z různých zemí, obsah jednotlivých kapitol se tedy nevztahoval k problematice EAN ukotvené v konkrétním státě.

V této části diplomové práce bych chtěla blíže nastínit boj s jevem EAN ve Velké Británii, respektive v Anglii. Velká Británie je po Spojených státech amerických a Kanadě pravděpodobně nejvýznamnějším aktérem na poli EAN. Dá se předpokládat, že její taktika v boji proti EAN bude našim podmínkám bližší vzhledem ke geografickému umístění a tedy i jisté „evropské tradici“, zároveň její členství v Evropské unii společně s Českou republikou nabízí myšlenku budoucí unifikace a integrace minimálně některých postupů v boji proti EAN.

V následující kapitole se tedy budu věnovat problematice EAN v kontextu Velké Británie, popíšu aktivity státního i neziskového sektoru, které hrají v potírání špatného zacházení se starými lidmi zásadní roli. V další kapitole se potom budu věnovat nástinu situace v oblasti EAN v České republice.

Vybranými pasážemi z rozhovorů s několika předními českými odborníky na tematiku špatného zacházení se starými lidmi bych pak chtěla ilustrovat závěry vyplynuvší z teoretické části, ale také přiblížit skutečný stav problematiky EAN v České republice pohledem těch, kteří s ním pracují na denní bázi.

Vytvořím tak ucelený obraz o situaci v oblasti EAN v České republice, v následné kapitole pak zvážím, zda by bylo možné inspirovat se alespoň některými aktivitami Velké Británie v české společnosti.

Původně mělo být součástí empirické části diplomové práce i několik kasuistik, na kterých jsem chtěla ilustrovat možné postupy intervence. Jak jsem již uvedla v úvodu diplomové práce, bylo bohužel velmi obtížné tyto kasuistiky získat, nakonec se mi to podařilo pouze ve třech případech. Oběti špatného zacházení odmítají své zážitky a příběhy sdělit mnohdy i tomu, kdo jim má primárně pomoci a podpořit je,

natož studentce, která by jejich příběh zvěčnila na papír⁷³. Na druhé straně poskytovatelé intervence (ať už jde o intervenční centra, sociální odbory nebo občanská sdružení) jsou vázáni přísnými pravidly anonymity a mlčenlivosti, tudíž ani z jejich strany nebylo možné kasuistiky získat. Doufám, že rozhovory s odborníky, jako je Z. Kalvach, M. Martinková nebo T. Tošnerová, tento deficit nahradí. Tři kasuistiky, které se mi podařilo získat, uvádím v závěru empirické části.

6. Analýza kontextu boje proti EAN ve Velké Británii

Stejně jako v ostatních zemích také ve Velké Británii dochází k nárůstu starší populace, která se zároveň dožívá stále vyššího věku. Z této skutečnosti vyplývají důsledky v mnoha oblastech života britské společnosti, mne budou zajímat ty, které se přímo nebo nepřímo dotýkají problematiky špatného zacházení se starými lidmi.

Jak podotýkají autoři nové studie prevalence EAN ve Velké Británii, společně se zvyšujícím se počtem starých lidí, kteří se mnohdy dožívají velmi vysokého věku, narůstá počet lidí s různými omezeními v oblasti péče o sebe (mobility, kognitivních problémů apod.). Většina z těchto lidí zůstává v domácím prostředí, až u lidí více než 85-ti letých se více projevuje trend stěhování do pečovatelských zařízení. Tyto změny je nutné reflektovat v politice sociální a zdravotní péče, je nezbytné podporovat růst a dostupnost těchto služeb, ale také jejich regulaci a hodnocení. To samozřejmě souvisí s nárůstem spotřeby finančních prostředků (O'KEEFFE et al., 2007). S výše uvedenými jevy se Velká Británie v minulých letech více či méně úspěšně potýkala.

Kromě problému kvality dostupnosti zdravotní a (především) sociální péče je v souvislosti s demografickými změnami třeba zdůraznit také nutnost potírat věkovou diskriminaci starších lidí, snaha podporovat jejich nezávislost a důstojnost. A do třetice tu máme samotný problém EAN, který úzce souvisí s oběma těmito tématy: úroveň kvality péče určuje do značné míry výskyt EAN, a zároveň ageismus a nerespektování lidských práv a ponižování starých lidí tvoří značnou část případů EAN. Podívejme se nyní, které klíčové události veřejné politiky ve Velké Británii k těmto oblastem vztahují,

⁷³ Má zkušenost s obtížným získáváním kasuistik tak ilustruje některé závěry z teoretické části diplomové práce, ve které jsem se mimo jiné zabývala právě prožíváním oběti a její tendenci špatné zacházení tajit.

přičemž je třeba uvést, že vedoucí roli ve vytváření zákonů a řešení EAN hraje *Department of Health* (DoH, ministerstvo zdravotnictví).

6.1. Vládní politika VB vztahující se přímo k problematice EAN

Nejprve je nutné zdůraznit, že ve Velké Británii je boj se špatným zacházením se starými lidmi primárně zahrnut pod komplex *adult protective services*, tedy služeb na ochranu dospělých (dále jako APS), myšleno zranitelných dospělých (tedy lidí nad 18 let, kteří díky nějakému mentálnímu či fyzickému poškození, věku atd. vyžadují pomoc a péči). Koncept zranitelných dospělých má pro boj s EAN svá omezení, která spočívají především v tom, že ne každý senior, který je obětí EAN, spadá do kategorie zranitelného dospělého – například nevyžaduje péči, je zcela samostatný⁷⁴.

Prvním dokumentem (měl pouze poradenský charakter) vztahujícím se k problému špatného zacházení se starými lidmi ve Velké Británii byl dokument *No Longer Afraid* (Dále bez obav), který vydal *Social Services Inspectorate* (SSI, Inspektorát sociálních služeb⁷⁵) v roce 1993. Tento dokument se soustředil na špatné zacházení se zranitelnými dospělými/starými lidmi v domácích podmínkách (McCREADIE, 2001).

Šest let po *No Longer Afraid*, v roce 2000 vznikla nejdůležitější iniciativa vztahující se k EAN ve Velké Británii, *No Secrets* (Bez tajností) s platností v Anglii a Severním Irsku, respektive *In Safe Hands* (V bezpečných rukou) s platností ve Walesu. Obě nesou statut Sekce 7 pod *Local Authority Social Services Act* (směrnice pro místní sociální služby), což znamená, že jejich pokrok je sledován SSI (McCREADIE, 2001), ale především to, že ochrana zranitelných dospělých získává vyšší statut, než tomu bylo doposud (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004). V současnosti se nicméně ukazuje, že ani tento statut není pro ochranu zranitelných dospělých (respektive týraných a zanedbávaných seniorů) dostatečný – mnozí odborníci

⁷⁴ Tato problematika by si jistě zasloužila bližší pozornost, nicméně pro potřeby této diplomové práce postačí výše uvedená konstatování a příklady.

⁷⁵ Jde o část Skupiny pro sociální péči (*Social Care Group*) pod ministerstvem zdravotnictví (DoH). Hlavními funkcemi SSI je poradenská funkce ministerstvu zdravotnictví, vytváření kontaktů mezi ministerstvem a jednotlivými odděleními sociálních služeb v Anglii, kontrola kvality služeb v Anglii a jiné (McCREADIE, 2001).

volají po tom, aby ochrana dospělých měla statut zákona. Značnou iniciativu v tomto směru uplatňuje charita *Action on Elder Abuse*⁷⁶.

Podstatou *No Secrets* je požadavek, aby místní sociální úřady spolupracovaly s dalšími místními institucemi (policií, zdravotními službami atd.) na vytváření korporativních⁷⁷ reakcí na *abuse/EAN* prostřednictvím taktických postupů, návodů na intervenci a vyšetřování nahlášených případů, společného výcviku, sdílení informací a podobně, přičemž poskytuje místním sociálním úřadům návod na vytvoření těchto postupů, a zároveň jim přisuzuje vedoucí roli v praktickém zavádění *No Secrets*. Součástí procesu měl být i vznik krajských *Adult Protection Committies* a *Adult Protection Coordinators* (komise a koordinátoři ochrany dospělých). Všechny místní sociální úřady měly mít zavedeny příslušné postupy do konce roku 2001.

Dokument *No Secrets* zahrnuje všechny lidi starší 18 let a vztahuje se na „zranitelné dospělé“, tedy ty, kteří potřebují pečovatelské služby kvůli mentálnímu nebo jinému postižení, věku nebo nemoci, a ty, kteří nejsou schopni se o sebe postarat či se uchránit před poškozením. Týráním a zneužíváním je zde myšlen vědomý i nevědomý akt poškození, a to fyzický, sexuální, psychický a finanční, zanedbávání a diskriminace (FILINSON, 2006).

Několik let po vydání *No Secrets* vznikaly první reakce hodnotící jeho kvalitu a implementaci jeho zásad v praxi. Nejpropracovanější kritiku obsahuje zpráva charity *Action on Elder Abuse* spolu s organizací *Better Government for Older People*⁷⁸ (*Action on Elder Abuse, Better Government for Older People*, 2004). Její autoři kvitují vznik *No Secrets* jako velmi důležitý a pozitivní, nicméně docházejí k závěrům, že *No Secrets* ani zdaleka nesplnil očekávání, které vzbudil.

Ve zprávě jsou uvedeny tyto úspěšné momenty iniciativy *No Secrets*:

- ukázala, že vláda to myslí s řešením EAN vážně a bere na sebe závazek s ním bojovat;

⁷⁶ O charitě pojednávám dále v diplomové práci.

⁷⁷ V angličtině je uveden pojem „*multi-agency*“, který naznačuje, že by mělo jít o spolupráci všech příslušných institucí.

⁷⁸ O organizaci pojednávám dále v diplomové práci.

- zvýšila profil a statut ochrany dospělých (i když primárně jen ve zdravotní a sociální péči);
- identifikovala, že někteří lidé nad 18 let potřebují ochranu před týráním a zneužíváním;
- identifikovala kategorie týrání a zneužívání;
- definice „*abuse*“ zahrnuje porušování lidských práv a občanských práv;
- vyžadovala mezioborový přístup k intervenci;
- vedla k vytvoření několika komisí na ochranu dospělých;
- identifikovala potřebu vzdělávání a výcviku personálu poskytujícího péči v otázkách týrání a zneužívání;
- stanovila rámec pro intervence ve specifických případech špatného zacházení;
- identifikovala potřebu monitoringu případů špatného zacházení; a mnohé další.

Na druhé straně jsou ve zprávě komentovány nesplněné cíle programu *No Secrets*, respektive jeho nedostatky:

- nedostatek publicity ke zvýšení povědomí veřejnosti a redukcí rizika špatného zacházení;
- nemá zákonný statut;
- nestanovuje měřítko výkonnosti místních úřadů a jejich partnerských organizací;
- neposkytuje dodatečné financování a zdroje;
- zaměřuje se na intervenci v případech špatného zacházení, v oblasti prevence je však nedostatečný;
- málo dozoru nad místními úřady při zavádění procedur;
- nejasnosti ohledně vzájemného sdílení informací mezi jednotlivými agenturami
- nedostatečné vzdělávání pracovníků APS služeb, kteří přijdou do kontaktu se zranitelnými dospělými;

- zaměřuje se především na špatné zacházení v institucích, spíše než na domácí podmínky a mnohé další (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004).

Další hodnocení úspěšnosti programu *No Secrets* obsahovala zpráva Komise pro zdraví Dolní sněmovny (*House of Commons Health Committee Report on Elder Abuse*, neboli *Select Committee Report*), která také vyšla v roce 2004. Ta našla v plnění programu spoustu nesrovnalostí a vydala doporučení pro další postup. Navrhla standardizaci definice EAN a její rozšíření⁷⁹, vytvoření inspekcí pro detekci EAN ve zdravotnictví, dále vyžadovala vzdělávání a výcvik personálu pracujícího se starými lidmi a vytvoření multioborových komisí na ochranu zranitelných dospělých v každém okrsku. Reakce vlády byla obranná, jen zdůraznila dosavadní politiku (House of Commons Health Committee, 2004).

V roce 2004 se dala do pohybu implementace ***POVA (Protection of Vulnerable Adults***, ochrana zranitelných dospělých) listu, který se dotýká oblasti domácí péče i péče v domovech pro seniory. Jde o seznam individuálních pracovníků v oblasti péče, kteří nesmějí být zaměstnáni v oblasti péče o zranitelné jedince, protože se v jejich minulosti vyskytlo potvrzené nebo dosud vyšetřované podezření na špatné zacházení s klientem. *POVA* listem se budu blíže zabývat v další podkapitole.

V roce 2005 vyšel pravděpodobně nejdůležitější dokument po *No Secrets*, ***Safeguarding Adults***, který vydala Asociace ředitelů sociálních služeb (*Association of Directors of Social Services*) ve spolupráci s SSI a DoH. Dokument se zabývá zkušenostmi těch, kterých se dotklo zavádění *No Secrets*, a pracuje s pojmy zranitelnost a ochrana. Místo pojmu *protection* zavádí pojem *safeguarding*⁸⁰. Bylo také upuštěno od slova „zranitelnost, křehkost“ (*vulnerability*), které bylo nahrazeno termínem „úroveň rizika závislosti“ (*level of risk to independence*). Kritická úroveň (priorita 1) zahrnuje

⁷⁹ Rozšíření původně užší definice zahrnující pouze zranitelné dospělé, jak bylo uvedeno výše. Tedy podle zprávy by definice měla zahrnovat i ty jedince, kteří nevyžadují podpůrné služby, například staří lidé žijící samostatně ve svých domovech bez podpory zdravotních a sociálních služeb, a ti, kteří se o sebe postarají sami (O'KEEFE et al., 2007).

⁸⁰ Do češtiny mohou být oba pojmy přeloženy jako „ochrana“, nicméně je mezi nimi jistý kvalitativní rozdíl. *Protection* vnímám jako více invazivní, paternalistické pojetí ochrany, oproti *safeguarding*, které je spíše jistící.

riziko, že se objeví nebo objevilo velmi závažné špatné zacházení, zatímco druhá úroveň zahrnuje riziko špatného zacházení méně než velmi závažného.

Termín *safeguarding adults* znamená jakoukoliv práci, která umožňuje dospělému, který je nebo může být potřebný pečovatelských služeb, uchovat si nezávislost, wellbeing a možnost volby, a zároveň si uchovat lidské právo žít život bez špatného zacházení (O'KEEFFE et al., 2007).

Zpráva také uvádí, že ačkoliv zranitelní lidé mohou tvořit většinu těch, se kterými je špatně zacházeno, je třeba termín „zranitelnost“ vyloučit, protože může být špatně pochopen ve smyslu, že označuje za příčinu špatného zacházení oběť samu, místo aby kladla odpovědnost na špatné jednání druhých.

Výše uvedené iniciativy, vyhlášky a zprávy se primárně vztahují k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání potřebných dospělých (ať už z hlediska zranitelnosti nebo úrovně rizika špatného zacházení), a tedy i starých lidí. Jejich poselství je pro intervenci a prevenci EAN zcela zásadní. Kromě nich však existuje celá řada dalších politických i nepolitických dokumentů, které se primárně vztahují k poskytování péče nebo ochraně lidských práv jako takových, nicméně v sobě logicky obsahují také odkaz na EAN. Nyní se na ně podívám blíže.

6.2. Vládní politika VB vztahující se primárně k poskytování péče

Ve vyspělých zemích, mezi něž se VB řadí, se postupně prosazuje zásada, že by starší lidé měli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, s maximální podporou domácí péče (*home care*). Tuto formu péče zde využívá 8% obyvatel starších 65 let (HABART, 2006).

Další 4% obyvatel starších 65 let pak využívají péči v institucionálních zařízeních, kam spadají domovy pro seniory (*residential homes, elderly people homes*, obdoba našich domovů důchodců); pečovatelské domy (*care homes*); ošetrovatelské domy (*nursing homes*, poskytují více péče než pečovatelské domy); chráněné bydlení (*sheltered accomodation*, obdoba našich domů s pečovatelskou službou);

psychogeriatrická zařízení (pro seniory vyžadující psychiatrickou péči); centra integrované péče (která spojují různé typy služeb).

Další formy péče nabízejí residentní zařízení penzionového typu (poskytují ubytování a různé typy služeb); lůžková oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny, instituce paliativní péče; velmi oceňovanou je potom komunitní péče, která kombinuje různé druhy služeb v místě bydliště a v přirozeném prostředí seniora (HABART, 2006).

Zdravotní a sociální péče je ve Velké Británii poskytována státním i privátním sektorem, na neziskové i ziskové bázi. Do značné míry zde funguje volný trh služeb. Ten je potřeba regulovat a kontrolovat z hlediska kvality poskytovaných služeb a dodržování určitých standardů, aby nedocházelo k diskriminaci starých lidí, respektive zranitelných dospělých, a aby se maximálně zabránilo výskytu špatného zacházení.

Vládní politika Velké Británie v oblasti péče pokrývá institucionální péči i formální péči poskytovanou v domovech starých lidí, nepokrývá však neformální péči poskytovanou neplacenými pečovateli, kterými jsou často rodinní příslušníci. Nepokrývá tak důležitou oblast, která je často zdrojem špatného zacházení se starými lidmi.

Nejdůležitější aktivitou v tomto směru byl *Care Standards Act* (zákon o standardech péče) z roku 2000, který reformoval regulaci pečovatelských domů, stanovil dohled nad poskytovateli domácí péče, vytvořil požadavek registrace pracovníků v sociální péči a dal vzniknout dvěma subjektům: *The National Care Standards Commission* (NCSC, Národní komise pro standardy péče⁸¹) dostala za úkol spravovat regulaci, *the General Social Care Council* (Generální rada pro sociální péči) pak měla regulovat pracovní sílu v oblasti sociální péče (FILINSON, 2006).

V rámci realizace zákona přišla nejdříve na řadu péče v domovech pro seniory. V roce 2002 vešlo v platnost 38 základních minimálních standardů pokrývajících všechny aspekty péče ve všech typech domovů pro seniory poskytujících ubytování a ošetrovatelskou nebo jinou péči (*Care Homes Regulations*, předpisy pro pečovatelské domy). Byl určen nezávislý, nevládní orgán pro kontrolu prosazování standardů

⁸¹ NCSC bylo po uzákonění *Health and Social Care Act* (zákonu o zdravotní a sociální péči) v roce 2003 nahrazena komisí *Commission for Social Care Inspection* (CSCI, Komise pro inspekci sociální péče).

(původně šlo o NCSC). Všechny 38 standardů svým způsobem přispívalo k prevenci EAN tím, že se snažilo zajistit důstojnost, soukromí, autonomii, volbu a kvalitu péče všem příjemcům péče. Nejdůležitější však byl Standard 18, který uvádí, že uživatelé služeb jsou chráněni před týráním a zneužíváním, identifikuje typy špatného zacházení a navrhuje postup pro vyšetřování špatného zacházení a výcvik zaměstnanců.

Po péči v domovech pro seniory přišla v rámci zákona na řadu domácí péče. V roce 2003 publikovalo DoH 27 národních minimálních standardů pro poskytovatele domácí péče (*Domiciliary Care Agency Regulations*, předpisy pro poskytovatele domácí péče), které měly zajistit, že péče je zaměřená na klienta, má vysokou kvalitu a poskytuje ji vysoce kvalifikovaný personál. Nejdůležitější je Standard 14, který říká, že uživatelé domácí péče jsou chráněni před týráním, zneužíváním, zanedbáváním a sebezanedbáváním, které mohou být fyzického, psychického, materiálního nebo sexuálního charakteru, a dále chráněni před diskriminací a degradujícím léčením. Tento standard vyžaduje, aby poskytovatelé domácí péče vytvořily vlastní politiku na vyšetřování EAN a pravidelný výcvik personálu (FILINSON, 2006).

Dalším prvkem vyplývajícím z *Care Standards Act* byl tzv. **POVA list** (ve stručnosti zmíněný již výše). Jedná se o registr informací o disciplinárních prohřešcích formálních poskytovatelů péče – jednotlivců, kteří mají zákaz dále pracovat v oblasti péče. Na seznam se dostanou usvědčení pachatelé špatného zacházení, ale také ti v podezření, které je teprve vyšetřováním nutné potvrdit nebo vyvrátit. Ideálně by každý zaměstnavatel měl při přijímání nových zaměstnanců zkontrolovat, zda každý z nich nefiguruje na seznamu (*POVA checks*).

Kromě *POVA checks* by měly být samozřejmostí i **Criminal Record Bureau checks** (CRB), obdoba našich výpisů z trestního rejstříku, které by měly odhalit, zda pečovatel nebyl v minulosti trestán.

Registry informací o trestní či disciplinární aktivitě poskytovatelů péče nemohou samy o sobě zajistit, že pachatelé špatného zacházení skutečně nevstoupí do oblasti zdravotní nebo sociální péče, ale velmi redukuje toto riziko. Pro určitá povolání, ve kterých dochází k nekontrolovatelnému styku pečovatele se zranitelným dospělým/seniorem (například při domácí péči) jsou jediným nástrojem ochrany.

Nicméně pokud mají být efektivní, musí být celá procedura získání obou dokumentů maximálně propojená a rychlá, jinak ochranné mechanismy budou bránit najímání nových zaměstnanců, které je již tak velmi náročné. A skutečně zkušenosti zaměstnavatelů ukazují, že získání výpisu z trestního rejstříku ve spojení s výpisem z *POVA listu* může trvat měsíce (Action on Elder Abuse, 2003).

Navíc původně dobrá myšlenka vlády nyní získává trhliny díky jejím dalším krokům. V roce 2002 oznámila omezení povinných *CRB checks*: nyní jej nemusí mít personál zaměstnaný před rokem 2002, personál z ošetrovatelských agentur. Dále došlo ke velkému zpoždění v implementaci *POVA listu*, a poté se jej podařilo realizovat jen velmi částečně. Jak s hořkostí komentuje autor zprávy pro *Action on Elder Abuse*, v tomto směru vláda nesplnila, co slíbila, a zvítězila finanční účelnost (Action on Elder Abuse, 2003). V současné době se pracuje na novém schématu registrace a kontroly pracovníků v oblasti péče, je to však teprve v zárodku.

Výše uvedené snahy o regulaci poskytovatelů péče je možno pomyslně orámovat desetiletým programem z roku 2001 *National Service Framework for Older People* (Národní rámec služeb pro staré lidi), který stanovil standardy pro poskytovatele péče pro starší lidi v Anglii. Klíčové standardy vztahující se k prevenci EAN jsou standard 1 o vymýcení ageismu, standard 2 o péči zaměřené na klienta a standard 7 o duševním zdraví starších lidí. Standardy vycházející z tohoto programu zaměřeného výhradně na staré lidi se tedy protíná se standardy zaměřenými na péči jako takovou (O'KEEFFE et al., 2007).

V roce 2004 byla publikována zpráva nezávislého sdružení složeného z dobrovolníků *Better Regulation Task Force* (taktické uskupení za lepší regulaci), které bylo založeno za účelem monitorování regulačního procesu již v roce 1997. Zpráva se vztahovala k současné regulaci sociální péče, dotazujíc se, zda minimální standardy skutečně vedly k lepším výsledkům, nebo spíše ke zbytečnému papírování a byrokracii a ztrátě flexibility menších poskytovatelů péče. Ve zprávě její autoři zdůraznili, že je třeba vyvážit regulaci za účelem redukce špatného zacházení a se žádoucím odklonem od paternalistického modelu péče. Do regulačního procesu by měli být více zapojeni

sami uživatelé služeb, standardy by měly být zrevidovány, a také by měl vzniknout jednotný zdroj informací o dostupných sociálních službách (FILINSON, 2006).

Na konci roku 2005 vyšla zpráva *Commission for Social Care Inspection* (Komise pro inspekci sociální péče). Inspektoři se v ní uvedli, že ačkoliv došlo k jistým zlepšením v celkovém fungování v sektoru sociální péče, bohužel stále existuje velké procento poskytovatelů péče, kteří nebyli schopni zajistit, aby při poskytování služeb byli jejich klienti maximálně chráněni před rizikem špatného zacházení - šlo především o nedůsledné kontroly najímaného personálu (*POVA* a *CRB checks*), nedostatečné postupy na ochranu klientů a nesplněné požadavky na zdravotní a bezpečnostní úroveň. Z těchto závěrů plyne, že potenciální špatné zacházení zůstává v rámci sociální péče problémem (Commission for Social Care Inspection, 2005).

6.3. Vládní politika vztahující se primárně k ochraně lidských práv

Jednotlivé programy a iniciativy, které zde uvádím, nejde samozřejmě jednoznačně izolovat do podkapitol, ke kterým jsem se uchýlila z důvodu vnesení přehlednosti do velice propleteného systému veřejné politiky vztahujícího se k problematice EAN, kvalitě péče o staré lidi a respektování jejich práv. Příkladem iniciativy, která zasahuje do všech těchto oblastí, je *Dignity in Care Initiative* (Iniciativa za důstojnou péči).

Jde o kampaň vlády z roku 2006, která byla spuštěna za účelem „ujistit se, že se všemi starými lidmi bude při poskytování zdravotních a sociálních služeb zacházeno důstojně“ (Department of Health, 2006). Jako jeden ze špatných příkladů péče je uveden pocit seniora, že je zanedbáván a ignorován při poskytování péče. V rámci této kampaně DoH přislíbilo splnění následujících bodů:

- sestavit národní výzkum ve spojení s organizací *Comic Relief*⁸², který bude mít za úkol prozkoumat prevalenci EAN (Tento krok byl splněn a v červnu 2007 k výzkumu vyšla zpráva; /O'KEEFFE et al., 2007/).

⁸² O této organizaci budu pojednávat dále v diplomové práci.

- registrovat všechny sociální pracovníky a poskytnout jim podporu, kterou při práci v takto náročném oboru potřebují.
- publikování *Safeguarding Vulnerable Groups Bill* (zákona na ochranu zranitelných lidí, tedy dětí i dospělých), aby o ně pečovali pouze ti, kteří jsou pro to vhodní.
- revize národních minimálních standardů péče, na kterou by měli dohlížet „*dignity guardians*“ (strážci důstojnosti). Za zástupce byli zvoleni *Help the Aged*, *Action on Elder Abuse*, *Age Concern*, *The Alzheimer Society* a organizace *Which?*.
- publikovat *A New Ambition for Old Age* (Nová ambice pro starší věk), 2. krok v desetiletém programu *National Service Framework* (došlo k tomu v dubnu 2006).
- připravit nové regulace pro *Commision for Social Care Inspection* a další kroky (Department of Health, 2006).

Některé z těchto programových kroků tedy již byly splněny, u jiných se nedá cílový stav jednoznačně stanovit. Každopádně je zde vidět snaha vlády maximálně spolupracovat s dobrovolným a neziskovým sektorem na dané problematice.

Již v roce 2000 začal platit ***Human Rights Act*** (zákon o lidských právech), který se dotýká EAN svou snahou zajistit všem osvobození od nelidského či ponižujícího zacházení. Je také citován v *No Secrets*. Organizace *Help the Aged* se ve své zprávě k tomuto zákonu domnívá, že by mohl být pro EAN klíčový, neboť špatné zacházení se starými lidmi je jen zřídka identifikováno jako porušování lidských práv. Nicméně při dalším hodnocení efektivity tohoto zákona se ukázalo, že má jen malý vliv a většina poskytovatelů služeb o něm vůbec neví (FILINSON, 2006).

V roce 2005 byl v Anglii schválen ***Mental Capacity Act*** (zákon o duševní kapacitě). Vychází z předpokladu, že jedinci jsou schopni činit vlastní rozhodnutí, a to nezávisle na věku, zevnějšku nebo nemoci, dokud jednotný a jednoznačný test neprokáže, že nejsou schopni obdržet a pochopit relevantní informace, použít tyto informace v rozhodování, případně nejsou schopni sdělit, pro co se rozhodli.

Tento zákon se dotýká EAN ve třech oblastech. Za prvé se vztahuje k problematice sebezanedbávání a zanedbávání – pokud má člověk dostatečnou mentální kapacitu, je sebezanedbávání jeho věc, pokud nemá, obojí je nepřípustné.

Tento zákon explicitně říká, že pokud má dotyčná osoba dostatečnou mentální kapacitu, má také právo dělat nerozumná rozhodnutí, zatímco u jedinců s nedostatečnou mentální kapacitou by se mělo jednat v jejich nejlepším zájmu.

Za druhé se od zákona očekává, že zredukuje výskyt materiálního zneužívání, protože zavádí důslednější kontroly a omezenější možnosti agentů, kteří jsou pověřeni rozhodováním za nezpůsobilé v rámci *Public Guardian* (veřejný ochránce). A za třetí zákon určuje odlišný způsob trestání těch, kteří se dopouštějí špatného zacházení na obětech, které nemají dostatečnou mentální kapacitu. *Mental Capacity Act* vešel v platnost teprve v letošním roce, proto zatím možné hodnotit jeho dopad (FILINSON, 2006).

Všechny výše uvedené zákony, iniciativy a programy tvoří páteř boje proti špatnému zacházení se starými lidmi ve Velké Británii. Existuje zde celá řada dalších dokumentů, které celou síť dotvářejí, ať už z hlediska zabezpečení kvalitní péče, zachování lidských práv, nebo práce se zranitelnými dospělými/starými lidmi⁸³. Jejich uvedení však přesahuje rámec této práce. Myslím však, že i výše uvedené stačí k ilustraci toho, jak velkou aktivitu vládni i nevládní organizace věnují tématu špatného zacházení se starými lidmi. Nyní bych se chtěla blíže podívat na subjekty, které jsou vládě cenným rádcem a zároveň motorem, který nedovolí, aby byl problém špatného zacházení upozaděn a zapomenut.

6.4. Nevládní aktéři boje proti EAN ve Velké Británii

Jak jsem již zmínila, ve Velké Británii působí několik organizací, které se výlučně nebo z velké části věnují tématu EAN. Působí většinou na několika frontách – vedou osvětu ve společnosti, pořádají kampaně a konference o EAN, mají své programy vzdělávání, provádějí výzkum, a v neposlední řadě lobují za toto téma ve vládních kruzích. Mnohdy pak vzniká plodná spolupráce mezi vládou a těmito organizacemi – připomínkují se zákony, hodnotí se činnost státních institucí, vycházejí zprávy komentující vývoj a výsledky té či oné iniciativy či zákona, provádějí se výzkumy

⁸³ Jmenujme například *Domestic Violence, Crime and Victims Bill* (návrh zákona o domácím násilí, kriminalitě a obětech), *Sexual Offence Act* (zákon o sexuálním napadení) atd. Vyčerpávající informace lze nalézt na stránkách britského ministerstva zdravotnictví (<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>).

na určené téma. Vláda poskytuje některým z těchto organizací i finanční podporu (byť tato samozřejmě nikdy nebude dostatečná). Nejdůležitější z těchto organizací uvádím dále⁸⁴.

6.4.1. Action on Elder Abuse⁸⁵

Charita *Action on Elder Abuse* (AEA) si klade za cíl chránit zranitelné starší lidi před týráním a zneužíváním. Považuje se za první dobročinnou organizaci, která se ve Velké Británii věnuje problematice EAN, a zároveň za jedinou, která se věnuje speciálně tomuto tématu.

Základní a nejdůležitější činností AEA je provoz telefonní linky⁸⁶ *AEA Elder Abuse Response Line*, která je jedinou bezplatnou informační a poradenskou linkou pro klienty ve Spojeném království a Irsku. Narozdíl od jiných telefonických linek věnujícím se obecně seniorské tematice se tato linka věnuje výhradně tématu týrání a zneužívání. Je důvěrná a anonymní, funguje ve všedních dnech mezi 9 a 17 hodinou. Klienty mohou být oběti EAN, jejich přátelé, příbuzní, ale také například praktičtí lékaři, kteří potřebují radu, jak pracovat s konkrétním případem EAN nebo jak jej rozeznat.

Statistiky z této telefonické linky byly dlouhou dobu jediným zdrojem informací o prevalenci EAN ve Velké Británii. AEA zveřejnila výsledky zpracování dat z linky ve svém dokumentu *Hidden Voices: an analysis of calls to the AEA helpline*. Šlo o analýzu více než deseti tisíc telefonátů za 6,5 roku provozu linky. Statistiky byly následně používány v mnoha odborných pracích a aktivitách, aniž by bylo dostatečně reflektováno, že mohou být zavádějící⁸⁷.

Další důležitou aktivitou AEA je pořádání konferencí na téma EAN a obecně ochrany dospělých. Každý rok pořádá konferenci na specifické téma (např. zneužívání léků) nebo službu (např. chráněné bydlení). Kromě toho každý rok v březnu pořádá dvoudenní konferenci, která se zaměřuje na klíčové aktivity související s ochranou zranitelných dospělých, a každý říjen/listopad jednodenní akci ve spolupráci se svým

⁸⁴ Další organizace, sdružení a aliance, které se také věnují tematice starých lidí, ale není zde prostor je blíže představit, v textu zvýrazňuji tučnou kurzívou.

⁸⁵ Informace jsem získala na stránkách této organizace <http://www.elderabuse.org.uk/>.

⁸⁶ Současně nabízí AEA i kontakt přes emailovou adresu.

⁸⁷ Tento problém jsem již zmínila v teoretické části diplomové práce.

klíčovým partnerem PAVA (*The Practicioners Alliance Against the Abuse of Vulnerable Adults*, sdružení praktických lékařů vystupujících proti týrání a zneužívání zranitelných dospělých). AEA se také účastní konferencí pořádaných jinými subjekty na téma EAN.

AEA se masivně zapojuje do pořádání *World Elder Abuse Awareness Day* (Světového dne povědomí o EAN), který pořádá INPEA (*International Network for Prevention of Elderly Abuse*, Mezinárodní organizace pro prevenci EAN) s podporou organizací jako Spojené národy a Světová zdravotnická organizace. Tento den má přispět ke zvýšení povědomí o EAN mezi širokou veřejností, ale i profesionály v řadách zdravotnických a sociálních zařízení, a v neposlední řadě i pobídnout vládu, aby EAN věnovala svou pozornost. 15. června 2007 tato událost proběhla již podruhé⁸⁸ a AEA se podařilo díky masivní kampani zorganizovat na 450 akcí, které pořádali organizace, skupiny i jednotlivci zainteresovaní pro EAN.

AEA také vede kampaně, v rámci kterých vydávají prohlášení a doporučení pro vládu. V loňském roce vedla dvě: první byla zaměřena na inspekční politiku anglické Social Care Commission, která uvažovala nad redukcí četnosti inspekcí u některých poskytovatelů péče pod (podle AEA) únosnou míru; druhá byla zaměřena na změnu statusu ochrany dospělých. Tato kampaně pokračuje i v roce 2007, stala se nejdůležitějším cílem v poslání AEA ovlivňovat politické a vládní kroky ve Velké Británii. Její podstatou je, aby ochrana dospělých získala stejně jako ochrana dětí zákonný status, který doposud nemá. AEA se obává, že dokud nebude ochrana dospělých zakotvena v zákoně, nebude mu věnována dostatečná pozornost ze strany poskytovatelů péče ani jiných subjektů, a zároveň nebude vláda uvolňovat dostatečné finanční prostředky, které by si tato problematika zasloužila.

Snaha o ovlivňování politických a vládních postupů a postojů je u AEA (a nejen u ní) velmi výrazná. Charita vydala několik zásadních dokumentů komentujících současné vládní postupy v oblasti EAN, jejichž součástí jsou i podrobná doporučení pro další postup. Příkladem mohou být zprávy *BGOP/AEA report: Placing elder abuse*

⁸⁸ V České republice se ke Světovému dni povědomí o EAN hlásí např. Život 90, více v následující kapitole).

within the context of citizenship – A Policy Discussion Paper (zpráva AEA a BGOP⁸⁹: umístění EAN do kontextu občanské příslušnosti – diskuse k vládní politice) nebo *The Adult Protection Data Monitoring Report* (zpráva o systému monitorování nahlášených případů porušení zásad ochrany dospělých). Aktivitu AEA vláda vítá, což je zřejmé z toho, že jí zadává některé projekty, ale také z toho, že ji poměrně štědře financuje (Department of Health, 2004).

AEA se pro větší efektivitu svých projektů spojila s několika dalšími partnery. Patří mezi ně ***Better Government for Older People*** (BGOP, Lepší vláda pro starší lidi), toto uskupení je součástí britského programu *Modernising Government Agenda*. Dále AEA spolupracuje s druhou nejdůležitější organizací zabývající se ochranou seniorů ve Velké Británii, *Help the Aged*. V roce 2006 společně spustili národní kampaň zaměřenou na zastavení EAN. Cílem kampaně bylo zvýšení povědomí o EAN, ovlivňování vlády a její politiky, aby nepolevovala v potírání EAN, a podpora obětí špatného zacházení. Součástí kampaně byla i petice, jejíchž 25 tisíc podpisů mělo donutit vládu věnovat tomuto problému větší pozornost. Dalším strategickým partnerem je aliance *PAVA* – spolu s AEA se snaží ve spolupráci s praktickými lékaři ze státního, dobrovolného a soukromého sektoru vytvořit praktické postupy intervence případů EAN.

K dalším aktivitám AEA patří vzdělávací kurzy zaměřené na personál poskytující péči v domácím i institucionálním prostředí. Pořádá také kurzy pro výcvikové vedoucí/supervizory, jak mají předávat informace o EAN svým podřízeným a klientům. AEA se také angažuje v oblasti vydávání letáků a brožur informujících o problematice EAN širokou veřejnost.

Můžeme shrnout, že činnost dobročinné organizace *Action on Elder Abuse* je pro postupné zvládání problému zvaného EAN ve Velké Británii zcela zásadní. Orientuje se na zvyšování povědomí o EAN u veřejnosti i odborníků (konference, kampaně, osvětové dny, letáky), na poradenskou a informační činnost (telefonická linka, e-mailový kontakt), zároveň se aktivně angažuje v monitorování činnosti vlády a

⁸⁹ BGOP: *Better Government for Older People*.

v připomínkování politických postupů, což poskytuje vládě a ministerstvu zdravotnictví cennou zpětnou vazbu.

6.4.2. Help the Aged⁹⁰

Help the Aged/We Will (HTA) je mezinárodní dobročinná organizace, která se snaží uchránit jakkoliv znevýhodněné staré lidi před chudobou, izolací a špatným zacházením. Základními činnostmi HTA jsou: snaha o ovlivňování státní politiky, výzkum potřeb starých lidí, poskytování služeb starými lidem v místních komunitách ve Velké Británii. HTA je finančně nezávislá organizace, má síť vlastních obchodů, další finance získává z darů. Spolupráci navazuje s organizacemi na místní i mezinárodní úrovni.

Středem zájmu HTA je výzkum. Charita má speciální nadaci „*Research into Ageing*“ (výzkum stárnutí), ročně provede 5-6 výzkumů a utratí za ně 2 miliony liber. Výzkumy se týkají jednak témat, která jsou momentálně politicky důležitá, jednak témat nadčasových, hlavně biomedicínských. HTA také financuje ***Oxford Institute of Ageing*** (Oxfordský institut stárnutí) a společně publikují nový časopis *Age Horizons*. Výzkumy jsou tedy zaměřené na obecné aspekty stárnutí jako takového, konkrétně EAN se týkají jen některé z nich. Jde například o výzkum týrání a zneužívání seniorů pronajímateli bytů.

Významné jsou výzkumy HTA v oblasti povědomí společnosti o špatném zacházení se starými lidmi. Z nich vyplývá, že jen málo lidí v Anglii ví, co EAN je, nebo jak s ním zacházet. Jen 2% lidí si myslelo, že je to důležitá věc, ale po objasnění konceptu EAN se každý osmý přiznal, že se s ním ve svém okolí setkal. Podle výsledků je nízké povědomí a pochopení EAN i mezi profesionály, především v dobrovolnickém a nezávislém sektoru.

Help the Aged se intenzivně zabývá otázkou lidských práv seniorů, především věkovou diskriminací, která s EAN úzce souvisí. Ve svém prohlášení *HTA Elder Abuse Policy Statement* uvádí, že EAN je projevem toho, že u starých lidí se neberou lidská práva příliš vážně. Tento dokument shrnuje postoje HTA k problematice špatného

⁹⁰ Informace jsem získala na stránkách této organizace <http://www.helptheaged.org.uk/>.

zacházení se starými lidmi, včetně komentáře k současné politické taktice v oblasti EAN, shrnuje dosavadní výzkum a jeho nedostatky atd.

V prohlášení charity HTA stojí, že podstatou myšlení jejích členů je názor, že senioři mají právo žít beze strachu, ubližování a zanedbávání. Uvítali vládní kroky pro vypořádávání se s EAN, ale věří, že je třeba spousta dalších rychlých návazných kroků, aby byla taktika úspěšná. Ale je důležitý nejen postoj vlády, také všichni profesionálové i řadoví občané mají odpovědnost za dodržování lidských práv seniorů, kterýžto přístup je základním při potírání EAN.

HTA společně s AEA vedou různé kampaně a konference⁹¹ o špatném zacházení se starými lidmi. HTA také částečně financuje krizovou linku AEA. Další aktivitou této charity je vydávání letáků a brožur poskytujících informace pro lidi postižené špatným zacházením. Dají se objednat na stránkách charity. HTA je dále členem **English Elder Abuse Strategic Alliance** (EASA, strategická aliance boje proti EAN v Anglii), což je koalice organizací bojujících proti EAN. Podporuje práci **The Older People's Advocacy Alliance** (OPAAL, aliance advokátů zastupujících seniory), která se snaží o zlepšení právnických služeb pro staré lidi (dobrý přístup ke kvalitním a nezávislým právnickým službám je nezbytným základem pro to, aby se oběti nebály promluvit o svém případě a hledat podporu a řešení).

Vedle AEA je tedy HTA další významnou charitou, která se zabývá (nejen) týráním a zneužíváním starých lidí. Velmi důležitá je její výzkumná činnost, ale také analýza vládní politiky a boj za práva seniorů v anglické společnosti. Za velmi důležitý považují jasně proklamovaný postoj HTA, že EAN má své hlubší kořeny v celkovém přístupu společnosti ke starým lidem a že boj proti němu musí začít právě zde. S tímto postojem jsem se opakovaně setkávala při svých rozhovorech s českými odborníky na EAN, a také s ním plně souhlasím.

⁹¹ Poslední takové konference ve Varšavě v roce 2007 se účastnili i zástupci české organizace Život 90 (PITRÁK, 2007).

6.4.3. Age Concern⁹²

Age Concern je jedna z největších britských charit zaměřených na seniorskou populaci. Jejich posláním je propagovat well-being všech starých lidí a pomoci jim prožívat plnohodnotný a příjemný život. Základní postuláty, na nichž staví své činnosti, jsou následující:

Ageismus je nepřípustný (bojují proti všem formám diskriminace). Všichni lidé mají právo rozhodovat o svém životě (pomáhají starým lidem objevovat jejich práva a užívat je v praxi). Lidem, kteří nejsou zcela soběstační, by měla být nabídnuta pomoc (pomáhají seniorům žít důstojně). Staří lidé nejsou všichni stejní (respektují rozdílné potřeby, volby, kultury a hodnoty seniorů).

Charita tedy bojuje na obecnější rovině s ageismem, zastává se lidských práv seniorů a snaží se do společnosti začlenit i ty nejvíce postižené z jejich řad. Zdůrazňuje, že názor a volba seniorů jsou důležité.

V roce 2005 se *Age Concern* přidal ke *Comic Relief* (charita Léčíme smíchem) a dalším charitám v boji proti EAN. Jedná se především o šíření informací o špatném zacházení se starými lidmi pro zvyšování povědomí o něm, a zároveň všemožná podpora seniorům, kteří jsou, nebo by se mohli stát oběťmi.

6.4.4. Comic Relief⁹³

Comic Relief je charita původem z Velké Británie, která se postupně rozšířila i dále do světa. Snaží se získávat peníze a přerozdělovat je dalším subjektům, snaží se vzdělávat veřejnost prostřednictvím různých akcí, a to všechno za účelem vymýcení chudoby na celém světě. Hlavním produktem je pořádání *Red Nose Day* (Den červených nosů) v dvouletém cyklu, v roce 2005 byla tento den zasvěcen právě tématu špatného zacházení se starými lidmi.

Zvyšování povědomí o špatném zacházení se starými lidmi se stalo jednou z náplní programu této charity. V roce 2005 prosadila vysílání dramatu „*Dad*“ (Otec) na BBC1, které pojednávalo o fyzickém a psychickém týrání v rodině seniora.

⁹² Informace jsem získala na stránkách této organizace <http://www.ageconcern.org.uk/>.

⁹³ Informace jsem získala na webových stránkách této organizace <http://www.comicrelief.com/>.

V následujícím roce charita společně s *Department of Health* zafinancovala výzkum prevalence EAN ve Velké Británii. Jeho provedení zadali *National Centre for Social Research* (Národnímu centru pro sociální výzkum) a *King's College* v Londýně, která patří mezi hlavní výzkumná centra pro problematiku EAN. Zpráva z výzkumu byla vydána v červnu 2007 (O'KEEFFE et al., 2007).

6.4.5. Další organizace

Better Government for Older People (BGOP) je britské konsorcium, které se snaží o to, aby byli staří lidé zahrnováni jako důležití občané do každého rozhodování, které se jich týká (vývoj strategií a služeb pro stárnoucí populaci). Nedílnou součástí tohoto procesu je i sdílení informací, vzdělávání, vyvíjení nových partnerství a ovlivňování politických postupů i praxe (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004).

Practitioner Alliance Against Abuse of Vulnerable People⁹⁴ (PAVA) se snaží přes spolupráci s praktickými lékaři ve státním, dobrovolném i privátním sektoru vyvinout praktické postupy intervence a další výstupy, které by byly přínosné pro boj s EAN. Lobuje na místních i vládních úrovních za klíčové oblasti EAN a iniciuje vzájemnou spolupráci jednotlivých agentur pracujících se zranitelnými dospělými/starými lidmi. Mezi členy této aliance najdeme právníky, doktory, ošetřovatele, inspektory, zdravotní sestry i policejní úředníky.

Ve Velké Británii dále funguje množství dalších organizací, které se zabývají stárnutím a věnují svou práci seniorům, například ***The Alzheimer Society***, ***Sue Ryder*** atd. V této práci se jimi nebudu blíže zabývat, neboť se oproti výše uvedeným organizacím tematikou EAN zabývají jen velmi okrajově.

⁹⁴ Informace jsem získala na webových stránkách této organizace <http://www.pavauk.org.uk/>.

6.5. Shrnutí situace v oblasti EAN ve Velké Británii

Ve Velké Británii spadá problematika EAN pod širší kategorii ochrany zranitelných dospělých⁹⁵. Neplatí zde ohlašovací povinnost případů EAN.

Již od roku 1993 se špatnému zacházení se starými lidmi začíná věnovat vláda. Klíčovým programem je *No Secrets* z roku 2000, který stanovuje všem místním sociálním úřadům, aby ve spolupráci s dalšími institucemi (např. policií, zdravotnickými zařízeními, nezávislými poskytovateli služeb) vytvořili postupy pro vyšetřování a intervenci případů špatného zacházení. Příkladem takového postupu může být *General Guidance for Investigation and Practice: The Oxfordshire Multi-Agency Codes of Practice for the Protection of All Vulnerable Adults from Abuse, Exploitation & Mistreatment* (Rámcová příručka pro vyšetřování a praxi: korporativní praktický manuál na ochranu všech zranitelných dospělých před týráním, zneužíváním a vykořisťováním v oxfordském kraji /Oxfordshire County Council, 2002/). K intervenční strategii patří také vytváření registru POVA, v němž jsou uvedeni všichni potvrzení nebo v současnosti vyšetřovaní pachatelé špatného zacházení.

Kromě politiky zaměřené přímo na ochranu proti týráním, zneužívání a zanedbávání zranitelných dospělých se vláda zaměřila také na zlepšení služeb a péče, především v oblasti sociální. Kvalitní péče zamezuje mnoha případům EAN, kontrola poskytovatelů péče maximalizuje prevenci špatného zacházení. Zavést regulaci do volného trhu služeb je jistě mimořádně náročný úkol, který si vyžádá ještě mnoho let intenzivní práce. Důležitá je také intervence vlády v oblasti lidských práv, kde je hlavním úkolem odstranění věkové diskriminace a respektování práva na sebeurčení a rozhodování.

Britská vláda v oblasti ochrany zranitelných dospělých vyvíjí značnou iniciativu, zorientovat se ve všech zákonech, programech a výstupech není jednoduché. Z její strany je tedy jednoznačně vidět zájem o problematiku EAN. Velké rezervy však má uvedení těchto snah do praxe, jak můžeme vidět z kritických zpráv některých organizací (Action on Elder Abuse, Better Government for Older People, 2004). Zpoždění a

⁹⁵ Což, jak jsem již naznačila, má své nevýhody.

neucelené zavedení *POVA listu*, nejednoznačné určení spolupráce mezi organizacemi v *No Secrets*, nedostatečné financování těchto projektů, zbytečná byrokracie – to jsou jen některé z hlavních připomínek.

Přes tyto výhrady je třeba ocenit, že vláda se problematikou EAN poměrně intenzivně zabývá, zároveň jeví zájem o spolupráci s dobročinnými organizacemi i dalšími subjekty na poli práce se seniory, některé z nich i financuje. Zároveň zde funguje i několik charit, pro něž je EAN a „*senior advocacy*“ prioritním tématem. Podle mého názoru je Velká Británie v boji s EAN na dobré cestě, byť toho má ještě velký kus před sebou.

Z mého pobytu v Londýně jsem si také odnesla zkušenost, že staří lidé jsou společensky mnohem více přijímáni a uznáváni, než je tomu u nás. Počínaje bezbariérovými vstupy do obchodů, přes ochotné bankovní úřednice, které si se starou paní popovídají o tom, co se jí včera přihodilo, až po najímané dobrovolníky do nemocnic, jejichž jediným úkolem je povídat si se starými pacienty, jak se jim daří. V místních novinách jsou neustále upoutávky na akce pro seniory, se seniory nebo o seniorech. V oblasti eliminace ageismu a pozitivního postoje ke stáří jsou tedy ve Velké Británii mnohem dále než u nás.

V této kapitole jsem se věnovala Velké Británii a jejímu systému boje proti špatnému zacházení se starými lidmi. Uvedla jsem základní kostru vládních programů a zákonů, ale i nevládních iniciativ, které tvoří páteř boje s EAN v tomto státě. Konstatovala jsem, že velmi důležitým prvkem tohoto boje je spolupráce mezi vládními a neziskovými organizacemi. Velká Británie také může stavět na obecnějším společenském základě relativně pozitivního přístupu ke starým lidem. V čem by se mohla Česká republika inspirovat? Nejdříve přiblížím současný stav problematiky EAN v Česku, potom zvážím, zda je možné uplatnit některé prvky z boje proti špatnému zacházení se starými lidmi ve Velké Británii.

7. Syndrom EAN – aktuální situace v České republice

Po důkladném prostudování literatury na dané téma a rozhovorech s mnoha profesionály v oblasti gerontologie, oblasti zdravotní a sociální péče, či zaměstnanci vládních institucí jsem bohužel dospěla k názoru, že syndrom špatného zacházení se starými lidmi je v České republice zatím spíše vážným a důležitým „koníčkem“ několika zasvěcených odborníků. Tito odborníci se sdružují v několika málo organizacích a radách, například v Životě 90, Českém helsinském výboru nebo Radě seniorů ČR, nicméně EAN není hlavní náplní jejich práce.

Nežli se budu věnovat jak konkrétním odborníkům, tak konkrétním organizacím, uvedla bych krátce dosavadní výsledky v oblasti výzkumu syndromu EAN v České republice a jeho prevalence, a také bych zmínila akademické práce, které se tomuto tématu věnovaly.

7.1. Výzkumy a studie na téma „špatné zacházení se starými lidmi“ v ČR

Pravděpodobně prvním pracovním seminářem zaměřeným na problematiku EAN byl seminář „Násilí na seniorech“, který proběhl v roce 10.5.2001 v Olomouci, a který vedla H. Vykopalová. Tomuto semináři předcházela také malý výzkum otázek násilí na starých lidech mezi obyvateli vybraných místních zařízení pro seniory (tomuto výzkumu je pravděpodobně také možno přiřknout prvenství v České republice, byť jeho rozsah je velmi malý). Z výsledků vyplynula dnes již známá skutečnost, že EAN je latentní záležitost, kterou mají staří lidé tendenci tajit (VYKOPALOVÁ et al., 2002).

V roce 2003 proběhl průzkum agentury STEM zaměřený na násilí na seniorech, který sledoval povědomí veřejnosti o tomto jevu a zjišťoval, zda česká populace považuje EAN za závažný problém. 10% Čechů považuje EAN za zcela závažný problém, 45% za poměrně závažný, za zcela okrajový problém ho považuje dalších 13% Čechů. Z doslechu a médií se o EAN dozvěděla polovina lidí, 10% se s ním setkala v rámci širších rodinných vazeb, 4% pak ve vlastní rodině. Dle výsledků agentury

STEM stoupá zájem u tuto problematiku s věkem, zkušenost s ní pak klesá s postupujícím vzděláním (HABART, 2006).

V roce 2005 byly zveřejněny výsledky výzkumného projektu RM 01/15/04 MZV ČR, který řešili J. Kovařík a J. Dunovský ze zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Projekt se zabýval násilím na mužích a seniorech. K problematice EAN zpráva uvádí základní typy špatného zacházení doma i v instituci i s jejich prevalencí, problém ilustruje na krátkých kasuistikách a v závěru uvádí doporučení pro další postup (KOVAŘÍK, DUNOVSKÝ, 2005). Využitelnost závěrů výzkumného projektu bohužel snižuje značně nedokonalá metodologie i zpracování výsledků. Vzhledem k nedostatku dalších výzkumů je však tato studie často citována v dalších zdrojích.

Nejnověji jsem se dozvěděla o sběru dat o prevalenci špatného zacházení z internetových novin, podle kterého se začala v této problematice angažovat současná ministryně bez portfeje Džamila Stehlíková (Antidiskriminace.romea.cz, 2007), která iniciovala malý výzkum. Bližší informace se mi nepodařilo zjistit. Nicméně skutečnost, že se Stehlíková začala věnovat problematice EAN, potvrdila i Tošnerová (TOŠNEROVÁ, 2007), tato ministryně se také účastnila letošního Dne proti násilí na starých lidech pořádaného organizací Život 90.

Poměrně rozsáhlý průzkum na prevalenci EAN provedl policista M. Stolín ve své absolventské práci v roce 2003. Statistiky z jeho práce uvádí Život 90 (Život 90, c2006). Mezi dalšími (studentskými ročníkovými či absolventskými) pracemi je třeba zmínit především disertační práci P. Habarta, který se věnuje mimo jiné problematice špatného zacházení se seniory v institucionální péči (HABART, 2006). V září 2007 obhájí svou bakalářskou práci (na katedře sociální práce FF UK) na toto téma také B. Horská, která v současnosti pracuje v Životě 90.

Výše uvedené studie a výzkumy jsem na začátku této kapitoly uvedla, abych v bazální rovině ilustrovala současný stav znalostí o prevalenci špatného zacházení

v České republice⁹⁶. Nejcenějším zdrojem informací o EAN jako takovém jsou ale právě následující odborníci a jejich publikační činnost.

7.2. Odborníci na problematiku špatného zacházení v ČR

Mezi tyto odborníky se řadí především **T. Tošnerová**, která je iniciátorkou Ambulance pro poruchy paměti, ale také webových stránek „Pečující on-line“, které poskytují cenné a v mnohém vyčerpávající informace pro ty, kteří se o seniory starají. V rámci stránek byly publikovány pro problematiku EAN cenné dokumenty o špatném zacházení⁹⁷ a ageismu (TOŠNEROVÁ, 2002a; TOŠNEROVÁ, 2002b). Tošnerová byla jedním z prvních odborníků, kteří se o problematiku EAN u nás zajímali. Je členkou Rady pro seniory ČR při Českém helsinském výboru, externě spolupracuje se Životem 90. Je také koordinátorkou vzdělávání pracovníků sociální péče (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007c), jehož součástí je i problematika ageismu a EAN. Nově projevíli zájem i lékárníci (TOŠNEROVÁ, 2007).

Z. Kalvach je internista a geriatr, který již dlouhou dobu publikuje v oblasti špatného zacházení a ageismu. Je členem České gerontologické a geriatrické společnosti, Života 90, Rady pro seniory při Českém helsinském výboru, a také Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, která se zabývá Národním programem přípravy na stárnutí.

Dalším odborníkem na problematiku seniorské populace, a potažmo EAN, je **I. Holmerová**, předsedkyně České alzheimerovské společnosti a ředitelka Gerontologického centra v Praze 8. Také díky ní existují stručné příručky o špatném zacházení se starými lidmi (HOLMEROVÁ, c2007).

V organizaci Život 90 najdeme hned několik odborníků, u nichž je EAN součástí profesionálního zájmu, což vyplývá se zaměřením této organizace⁹⁸. Předseda a zakladatel **J. Lorman** je zároveň předsedou Rady pro seniory a členem Rady vlády pro seniory a stárnutí populace. O problematice EAN jsem zde mluvila také s **R. Pitrákem**, manažerem sekce krizové pomoci a poradenství, **J. Pilátovou**, která v Životě 90

⁹⁶ Zdrojem informací o prevalenci špatného zacházení se starými lidmi mohou být také statistiky z krizové Senior linky, kterou provozuje Život 90, tato data však samozřejmě nelze zobecňovat.

⁹⁷ Vyšla i tiskem.

⁹⁸ Budu se jí věnovat dále v této kapitole.

poskytuje psychologické a mezigenerační poradenství a **J. Kosařovou**, vedoucí krizové linky Senior telefon.

Dále mohu jmenovat **M. Martinkovou**, která se problematice špatného zacházení v domácím prostředí věnovala v rámci své výzkumné práce v Institutu pro kriminologii a sociální prevenci, který spadá pod ministerstvo spravedlnosti ČR. Spolupracovala také se Životem 90 a T. Tošnerovou.

Z ostatních odborníků, kteří se někdy dotkli problematiky špatného zacházení se starými lidmi, zde jmenuji editorku sborníku prvního semináře o EAN v České republice **H. Vykopalovou**⁹⁹, dále **J. Torovou**, která vede jednu z prvních vzdělávacích aktivit o EAN u nás¹⁰⁰, **M. Šustrovou**, koordinátorku pražského Intervenčního centra (PITRÁK, 2007), **H. Kunstovou**, místopředsedkyni Rady pro seniory a spolupracovnici Života 90. V rámci Českého helsinského výboru o EAN publikuje **J. Stojanová**. Problematickou sebezanedbávání, respektive Diogenova syndromu se u nás zabýval **M. Vojtěchovský** (KALVACH, 2007). Z právního hlediska se špatnému zacházení věnovala například **R. Macháčková** nebo **H. Valková** (PITRÁK, 2007).

Na první pohled to tedy vypadá, že odborníků věnujících se tematicce špatného zacházení se starými lidmi je v České republice spousta, nicméně je třeba připomenout, že většině z nich tvoří EAN pouze marginální náplň práce nebo je pro ně pouze zájmovou oblastí. Nicméně jsou to právě oni, kdo iniciují veškeré aktivity v tomto směru u nás a na které, jak to tak vypadá, bude i nadále padat tíha nutnosti probudit českou společnost i vládní kruhy, aby se o syndrom EAN začaly více zajímat.

Mohou tak činit individuálně publikováním různých statí a poskytováním rozhovorů, nebo sdružováním v příslušných organizacích na podporu seniorů. Nejdůležitější organizace nyní uvedu, byť syndromem EAN jako takovým se zabývá jen hrstka z nich, zdaleka ne všechny mají celostátní pokrytí a ne ve všech je samozřejmostí psychologická péče.

⁹⁹ O tomto semináři jsem se zmínila výše.

¹⁰⁰ Vzděláváním profesionálů se zabývá také T. Tošnerová.

7.3. Instituce zabývající se seniorskou populací v České republice

7.3.1. Občanské sdružení Život 90¹⁰¹

„Jsme tu proto, abychom zlepšovali kvalitu života celé společnosti tím, že budeme přispívat svou humanitární činností k řešení problémů seniorů, kterým umožníme aktivně a smysluplně žít v jejich vlastním domově tak dlouho, jak je to jen možné a budeme je provázet podzimem života tak, aby se nikdo za své stáří nemusel stydět.“

(Občanské sdružení Život 90, 2007)

Sdružení Život 90 je v současné době nejaktivnějším bojovníkem v oblasti EAN v České republice. V roce 2006 spustilo v rámci Světového dne proti násilí na seniorech (*World Elder Abuse Awareness Day*, který vyhlásila INPEA¹⁰² na 15. červen) týdenní informační kampaň „Stop násilí na seniorech“. Součástí kampaně byla i 24-stránková brožura ilustrující problematiku EAN, včetně autentických příběhů z krizové linky nebo tísňové péče Areion, kteréžto Život 90 provozuje. Brožura stručně a přehledně komentuje jednotlivé oblasti EAN a nabízí také návod, jak a kam se obrátit v případě, že jsme obětí nebo svědkem špatného zacházení na seniorech. Kromě brožury vyšel také leták, který uvádím v Příloze 8. Kampaň vyvrcholila právě 15.6.2006, kdy proběhlo veřejné čtení autentických příběhů týraných seniorů v Divadle u Valšů, následované debatou odborníků (mimo jiné I. Holmerová, Z. Kalvach a J. Stojanová).

V letošním roce pak Život 90 v rámci Světového dne proti násilí na seniorech uspořádal konferenci pod názvem „Proč se (ne)daří pomáhat týraným a zanedbávaným seniorům: Proč se (ne)daří natočit dokument o násilí na seniorech“, na kterou byli pozváni přední čeští odborníci na problematiku EAN (např. Z. Kalvach, T. Tošnerová), a také zástupci médií. Hlavním tématem byla právě spolupráce médií na informační osvětě EAN mezi českou veřejností.

Život 90 se vůbec snaží aktivně pronikat do médií, kde kromě jiných aktivit určených seniorů propaguje například krizovou telefonickou linku, která hraje velmi významnou roli při intervenci obětí a svědkům EAN (PITRÁK, 2007; KOSAŘOVÁ,

¹⁰¹ Informace jsem získala z webových stránek organizace <http://www.zivot90.cz/>, a také z rozhovorů s jejími pracovníky R. Pitrákem, J. Pilátovou, J. Kosařovou a J. Městkou.

¹⁰² INPEA (*International Network for Prevention of Elderly Abuse*, Mezinárodní organizace pro prevenci EAN, jejímž je Život 90 členem, zastupuje jej předseda a zakladatel sdružení J. Lorman).

2007; PILÁTOVÁ, 2007). Jde o linku s názvem Senior telefon, která je jedinou bezplatnou nonstop anonymní linkou určenou seniorům (a mezi nimi i obětmi EAN) v České republice.

Kromě Senior telefonu poskytuje Život 90 svým klientům (a mezi nimi tedy i obětmi EAN) i další intervenční a poradenské služby, a to v oblasti sociálního, psychologického, právního a pastoračního poradenství. Velmi důležitý je i projekt tísňové péče Areion: monitorovací systém tísňového volání pomocí tísňového tlačítka zavěšeného na krku klienta celodenně monitoruje jeho stav a v případě krizové situace (pád, zhoršení zdravotního stavu, ale i napadení) klient tlačítko stiskne a pracovníci Života 90 se s ním okamžitě spojí.

Život 90 tedy v České republice hraje klíčovou úlohu mezi neziskovými organizacemi v boji proti špatnému zacházení na starých lidech. Kromě výše uvedených aktivit, které jsem zdůraznila pro jejich významnost pro oběti a svědky EAN, provozuje i mnohé další aktivity, s nimiž se lze blíže seznámit na webové adrese Života 90 www.zivot90.cz. Aktivity Života 90 jsou částečně financovány také ministerstvem práce a sociálních věcí a pražským magistrátem.

7.3.2. Český helsinský výbor¹⁰³

„Český helsinský výbor je nevládní neziskovou organizací pro lidská práva. Je členem Mezinárodní helsinské federace pro lidská práva (IHF) se sídlem ve Vídni sdružující helsinské výbory z 46 členských zemí OBSE.“

(Český helsinský výbor, 2007)

Český helsinský výbor (ČHV) monitoruje stav lidských práv v České republice, přičemž kladě důraz na vybrané oblasti, mezi nimi právě i na stav lidských práv seniorů. Sleduje zákonodárnou činnost týkající se lidských práv, poskytuje bezplatné právní poradenství jednotlivcům, jejichž práva byla porušena (bohužel je v současné době sociálně-právní poradna pro seniory mimo provoz).

Při ČHV funguje Rada pro seniory složená ze seniorů – expertů a dalších odborníků. Předsedou je J. Lorman, dalšími členy jsou Z. Kalvach, I. Holmerová, T. Tošnerová či Jarmila Stojanová. Posláním Rady je monitoring plnění Národního plánu

¹⁰³ Informace jsem získala z webových stránek <http://www.helcom.cz/>.

přípravy na stárnutí na roky 2003-2007¹⁰⁴; a vůbec sledování legislativní činnosti vlády a parlamentu v České republice.

Na stránkách ČHV (www.helcom.cz) najdeme informace o Portálu pro seniory, o seniorských organizacích a sdruženích a také články, které se věnují přímo špatnému zacházení se starými lidmi. ČHV tedy není organizací zabývající se primárně nebo majoritně špatnému zacházení se starými lidmi, nicméně v jejích řadách najdeme odborníky, kteří v rámci této organizace problematiku EAN prosazují.

7.3.3. Bílý kruh bezpečí¹⁰⁵

„Bílý kruh bezpečí poskytuje odbornou, bezplatnou a diskrétní pomoc obětem a svědkům trestných činů, včetně morální a emocionální podpory.“

(Bílý kruh bezpečí, 2007)

Občanské sdružení Bílý kruh bezpečí (BKB) poskytuje psychologickou a právní pomoc obětem trestné činnosti ve své síti poraden. Předkládá také podněty k zákonům, pořádá semináře a vyvíjí vlastní publikační činnost¹⁰⁶. BKB provozuje nonstop informační linku BKB a také linku DONA pro oběti domácího násilí. Ve svém webovém dokumentu určenému pro seniory zmiňuje problematiku špatného zacházení (i když dost okrajově) a doporučuje obětem volat na linku DONA.

BKB se tedy věnuje obětem trestných činů bez rozdílu věku, sociálního postavení či druhu trestného činu. Spolupracuje s dalšími organizacemi a sdruženími zabývajícími se pomocí obětem násilí nebo seniory, například právě s Životem 90.

7.3.4. Intervenční centra

„Novinkou na poli pomoci obětem domácího násilí jsou nově vzniklá intervenční centra. Novelou zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách byl do zákona o sociálních službách doplněn nový druh sociální služby, a to sociální služby intervenčních center § 60 a. V intervenčních centrech je na základě rozhodnutí o vykazání nebo zákazu vstupu nabídnuta pomoc osobám ohroženým domácím násilím nejpozději do 48 hodin od doručení opisu rozhodnutí o vykazání. Pomoc může být poskytnuta i na základě žádosti ohrožené osoby. Služby IC jsou poskytovány jako ambulantní a terénní, z posledních dostupných informací je zřejmé, že IC se v tomto roce

¹⁰⁴ Tímto projektem se blíže zabývám jinde.

¹⁰⁵ Informace jsem získala na webových stránkách <http://www.bkb.cz/index.php>.

¹⁰⁶ Například prezidentka BKB P. Vitoušová vydala s dalšími autory knihu „Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů“ (ČÍRTKOVÁ, VITOUŠOVÁ, 2007).

nebudou registrovat jako pobytová sociální služba. Na činnost intervenčních center byla poskytnuta neinvestiční státní účelová dotace na rok 2007. Je podporováno vždy jedno intervenční centrum v kraji, výjimkou jsou dvě IC v Moravskoslezském kraji. “

(Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007a)

Na počátku roku tedy vzniklo z podnětu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) 14 intervenčních center, které pracují s oběťmi domácího násilí. Jak vyplývá z dosavadních zkušeností pracovníků těchto center, tvoří senioři velkou část klientely. Vzhledem k tomu, že intervenční centra fungují teprve půl roku, není možné udělat žádné konkrétní závěry ani statistiky, nicméně se zdá, že budou hrát důležitou roli při pomoci obětem špatného zacházení se starými lidmi.

Koordinátorkou pražského intervenčního centra, které spadá pod Městské centrum sociálních služeb a prevence (a je financováno magistrátem) je M. Šustrová, která patří k důležitým českým odborníkům zabývajícím se syndromem EAN (PITRÁK, 2007).

7.3.5. Ambulance pro poruchy paměti

„Cílem pracoviště je zajistit či prodloužit aktivní období života u ambulantních pacientů stěžujících si na poruchu paměti. Věnuje se rovněž problematice syndromu vyhoření, týraného stáří a diskriminace stáří. “

(Pečující on-line, 2007)

Ambulance pro poruchy paměti je psychiatrická ambulance při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kterou vede T. Tošnerová. V rámci této ambulance (ve spolupráci s dalšími organizacemi) vznikly stránky Pečující online (<http://www.pecujici.cz/>), které nabízejí širokou podporu pečovatelům o staré lidi, kterými jsou často rodinní příslušníci. Na stránkách jsou ke stažení dostupné četné informační materiály, některé z nich se podrobně zabývají špatným zacházením se seniory (TOŠNEROVÁ, 2002b).

7.3.6. Další organizace v ČR

Elpida¹⁰⁷

Nadační fond Elpida je provozovatelem Zlaté linky seniorů, bezplatné informační linky pro seniory, která funguje ve všední dny od 8.00 do 20.00 hodin. Pracovníci linky nabízejí seniorům komplexní služby včetně psychologické intervence a poskytují informace z oblasti právní, sociální, lékařské, ale také z oblasti trávení volného času.

Elpida ani její linka nejsou primárně určeny obětím špatného zacházení na seniorech, nicméně činnost linky může pokrývat část klientely obětí EAN v České republice.

Gema¹⁰⁸

Občanské sdružení podporující zdraví seniorů, rozvoj gerontologie, geriatrie a kvality péče o chronicky nemocné. V roce 1998 se zapojilo do projektu “Stárnout zdravě v Evropě”, který vedlo sdružení Age Concern, a z tohoto projektu vzešla v České republice síť kavárniček pro seniory. Na stránkách sdružení Gema najdeme informační materiály o špatném zacházení se starými lidmi, které finančně podporovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Sue Ryder

Občanské sdružení, je součástí mezinárodní organizace Sue Ryder, v ČR provozuje Domov pro seniory, který nabízí širokou škálu služeb¹⁰⁹. Sdružení se zabývá také otázkou špatného zacházení se starými lidmi, konkrétně pak M. Boweová, která napsala o EAN odbornou práci (KOMÁREK, 2006).

¹⁰⁷ Informace jsem získala z webových stránek <http://www.elpida.cz/>.

¹⁰⁸ Informace jsem získala z webových stránek <http://www.gerontocentrum.cz/gema/index.php>.

¹⁰⁹ Viz webové stránky <http://www.sue-ryder.cz/>.

Česká alzheimerovská společnost¹¹⁰

Občanské sdružení, v jehož řadách se setkávají odborníci z oblasti gerontologie s rodinnými příslušníky a pečovateli o klienty s demencí. Poskytuje podporu lidem s demencí i jejich pečovatelům, má vlastní informační telefonickou linku, pořádá Pražské gerontologické dny, ale také podpůrné skupiny pro pečovatele, tzv. „Čaje o páté“, které mohou hrát významnou roli v prevenci EAN.

Naděje¹¹¹

Občanské sdružení, které ve svých zařízeních poskytuje mimo jiné i duchovní, sociální, poradenskou a právní pomoc lidem v nouzi. Mezi službami najdeme i Program pro třetí věk, jehož náplní je pomoc seniorům a podpora jejich soběstačnosti. Součástí programu jsou například terénní pečovatelská služba, denní stacionáře, pobytové služby a jiné. Naděje se zabývá také vzdělávacími programy, od podzimu 2007 by k nim měly přibýt kurzy o špatném zacházení se starými lidmi – jak jej rozpoznat, jaké druhy existují, jak s ním zacházet (PITRÁK, 2007).

EURAG Česká republika

Občanské sdružení, jehož cílem je udržovat a podporovat nezávislost starších lidí, chránit jejich zájmy a zlepšovat jejich integraci do společnosti. Vystupuje proti diskriminaci seniorů a chrání jejich zájmy. Členy sdružení jsou Život 90, Svaz důchodců ČR, Česká gerontologická a geriatrická společnost a Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging (Život 90, c2006).

7.4. Odpověď na syndrom EAN na státní úrovni

Ve srovnání s vládní politikou boje proti EAN ve Velké Británii je reakce české vlády a státu jako takového téměř nulová. Neexistuje žádný program, iniciativa ani zákon zaměřený konkrétně na problematiku špatného zacházení se starými lidmi. Určitou ochranu stát poskytuje těm starým lidem, jejichž případ špatného zacházení

¹¹⁰ Informace jsem získala na webových stránkách <http://www.alzheimer.cz/>.

¹¹¹ Informace jsem získala na webových stránkách <http://www.nadeje.cz/>.

může být charakterizován jako domácí násilí (tedy splňuje daná kritéria). Stát se také snaží regulovat oblast péče (především institucionální). V této oblasti jsou důležité standardy péče a nový zákon o sociálních službách.

Nejdůležitějšími aktéry by měla být ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí, ale také ministerstvo vnitra a spravedlnosti. Ministerstvo zdravotnictví spravuje zajištění zdravotní péče a provoz zdravotnických zařízení; ministerstvo práce a sociálních věcí zajišťuje péči v oblasti sociální. V rámci ministerstva vnitra funguje odbor prevence kriminality, v rámci ministerstva spravedlnost pak Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Od všech těchto aktérů by měla vycházet také legislativní iniciativa ve vztahu ke špatnému zacházení se starými lidmi. Důležitou roli mohou hrát i územní orgány státní správy – kraje a obce.

Habart velice přehledně shrnuje události veřejné politiky v oblasti zajištění kvality péče. **Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.**, který vešel v platnost na začátku roku 2007, bude pravděpodobně v této oblasti hrát klíčovou roli. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, pro výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a stanoví předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (HABART, 2006, s.121).

Zákon tedy upravuje především oblast formální péče. Příspěvek na péči může být za určitých okolností přerozdělen i neformálnímu pečovateli. Zatím to však vypadá, že nedostatečná kontrola užívání příspěvku může přispívat i k jeho zneužívání. Zákon platí teprve půl roku, proto je ještě příliš brzo na nějaká hodnocení. O jeho dopadech jsem si povídala s některými českými odborníky, jejich názory zmíním v další kapitole.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) v roce 2002 zveřejnilo konečné znění **standardů kvality péče**. Ty jsou však velmi obecné, objevuje se potřeba jejich konkretizace. Mají svůj přínos, v mnoha směrech jsou však nedokonalé a způsob jejich zavádění do praxe bývá ostře kritizován. Této problematice se velmi podrobně věnuje Habart (HABART, 2006).

Výše uvedené dokumenty mohou do značné míry ovlivnit výskyt špatného zacházení v institucionálních zařízeních. Bohužel jejich uplatňování v praxi rozhodně není dokonalé. O špatném stavu především sociálních služeb u nás toho bylo napsáno mnoho (STOJANOVÁ, KALVACH, 2001). Celá tato problematika bude vyžadovat dlouhodobé plánování a řešení v rámci širšího společenského kontextu. Zajímavým návrhem se v tomto směru stává Habartova myšlenka o institutu ombudsmana pro oblast péče, nejlépe přímo pro staré lidi (HABART, 2006). Důležitou roli by mohla hrát komunitní centra, o kterých se zmíním v další kapitole.

Některé případy špatného zacházení se starými lidmi spadají do kategorie domácího násilí¹¹². Domácí násilí má své charakteristické znaky: oběť i pachatel jsou vzájemně blízké osoby, které se důvěrně znají; mají společnou celou řadu vazeb; k domácímu násilí dochází v domácím, resp. soukromém prostředí; násilí se opakuje a stupňuje a je dlouhodobé (BEDNÁŘOVÁ, 2006).

V roce 2004 nabyla účinnosti novela trestního zákona, která do něj vložila novou skutkovou podstatu trestného činu „týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě a domě“ (§ 215a trestního zákona). Byla tak uzákoněna povinnost stíhat pachatele domácího násilí, a to i bez souhlasu oběti.

Nový způsob řešení domácího násilí přinesl zákon 135/2006 Sb., který zakotvil nové oprávnění Policie ČR v podobě **institutu vykázaní** (policie může v případě domácího násilí, hrozí-li další útoky, vykázat pachatele z bytu až na deset dnů a zakázat mu vstup do společného obydlí a bezprostředního okolí. Tento zákon začal platit v lednu 2007, společně se vznikem intervenčních center (která vznikla na popud zákona o sociálních službách) představuje významnou pomoc obětem domácího násilí, kterými jsou často staří lidé.

Trestním a občanským právem v souvislosti s EAN se u nás zabývala například Macháčková (MACHÁČKOVÁ, 2000). Také Habart přehledně shrnuje trestné činy, pod které mohou jednotlivé případy EAN spadat (HABART, 2006):

- Násilí proti skupině obyvatel a proti jednotlivci § 197a

¹¹² Již v teoretické části jsem uvedla, že některé oběti špatného zacházení se starými lidmi jsou vlastně „pokračujícími oběťmi“ dlouhodobého domácího násilí, které vstoupily do seniorského věku.

- Týrání svěřené osoby § 215
- Vražda § 219
- Ublížení na zdraví § 221, 222
- Omezování osobní svobody §231
- Vydírání § 235
- Porušování domovní svobody § 238
- Znásilnění § 241
- Pohlavní zneužívání § 242, 243
- Výtržnictví § 202
- Rvačka § 225
- Účast na sebevraždě § 237
- Útisk § 237
- Krádež § 247
- Neoprávněné užívání cizí věci § 249
- Neoprávněný zásah do práva k domu, bytu nebo nebytovému prostoru § 249a
- Poškození cizí věci § 247

Podle mého názoru je tedy právních úprav v oblasti trestního práva dost na to, aby pokryly značnou část případů špatného zacházení. Problémem nicméně zůstává resistance obětí vůči jakékoliv intervenci, natož pak zásahu orgánů činných v trestním řízení.

Velmi částečně se problematice EAN věnuje také **Národní program přípravy na stárnutí** (myšleno populace) pro léta 2003-2007. Je zde samostatně zmíněna pouze na jednom místě, v hlavě I o etických principech, bod 8: „Podporovat výzkum a projekty zaměřené na oblast diskriminace z důvodu věku ve všech oblastech života a výzkum a monitorování takových jevů, jako je zneužívání, týrání, omezování seniorů včetně domácího násilí” (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005). Celkově však může tento program, pokud bude skutečně následován, vytvořit takové podmínky ve společnosti, které budou pro EAN nepříznivé (oblast zdravotních služeb, komplexních sociálních služeb atd.). Dle Kalvacha je v tomto programu pro další období EAN zahrnut intenzivněji (KALVACH, 2007).

V souvislosti s Národním programem přípravy na stárnutí je třeba také připomenout vznik **Rady vlády pro seniory a stárnutí populace**, která je stálým poradním orgánem vlády pro otázky seniorské populace. Jejími členy jsou například Kalvach a Lorman.

Pro celkové dokreslení vládních aktivit v souvislosti s EAN je třeba zmínit také činnost odboru prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR, a také Institutu pro kriminologii a sociální prevenci spadajícího pod ministerstvo spravedlnosti.

Poslední číslo časopisu Policista (6/2007) je tematicky věnováno kriminalitě na seniorech. Součástí čísla je také příspěvek o seniorských obětech trestných činů, který vyšel v rámci nové knihy Čírtkové a Vitoušové (ČÍRTKOVÁ, VITOUŠOVÁ, 2007). V časopise je uveden také rozhovor s J. Gjuričovou, ředitelkou **odboru prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR**. Ta popisuje mediální kampaň na téma prevence trestné činnosti páchané na seniorech, kterou odbor prevence kriminality v současnosti pořádá. Kampaň je zaměřena především na trestné činy typu *assault*, krádeže, přepadení atd. Gjuričová letmo zmiňuje také problematiku špatného zacházení, které řadí především pod domácí násilí, ale také do ústavní péče.

V **Institutu pro kriminologii a sociální prevenci** pracuje jako výzkumný pracovník psycholožka M. Martinková, která se v rámci své práce věnuje také týraným a zneužívaným seniorům. V minulých letech provedla malý výzkum mezi sociálním pracovníky, který měl mapovat výskyt a typy špatného zacházení se seniory. Výsledky však ještě nejsou zpracovány. Martinková také již několik let zpracovává policejní statistiky evidovaných obětí trestné činnosti, z nichž začala vydělovat seniory nad 60 let (statistiku pro rok 2005 uvádím v *Příloze 9*). Není z nich však možné vyčíst informaci, kolik případů se dostalo k soudnímu řízení.

Na předchozích stránkách diplomové práce jsem se věnovala mapování současného stavu problematiky EAN v České republice. Uvedla jsem, že podle mého názoru je dnes tento problém spíše odborným zájmem několika málo odborníků, případně neziskových organizací, zájem a snaha ze strany státu zatím spíše stagnuje. Pokusila jsem se i přesto vyjmenovat aktivity a legislativu, která

se syndromem EAN alespoň částečně souvisí. O tom, co se u nás v této oblasti děje, neděje, či by se mohlo dít, jsem si povídala s několika českými odborníky.

8. Syndrom EAN očima českých odborníků

Pro lepší porozumění problematice špatného zacházení se starými lidmi jsem získala souhlas několika českých odborníků, kteří se jí věnují, s rozhovorem. Sestavila jsem polostrukturovaný rozhovor, který jsem pak případ od případu doplňovala dalšími otázkami podle toho, co jsem o každém z odborníků věděla. Okruhy otázek z rozhovoru uvádím v *Příloze 10*.

Toto interview mi poskytli Z. Kalvach, T. Tošnerová, M. Martinková¹¹³, J. Pilátová, J. Kosařová a L. Vaníčková-Horníková¹¹⁴.

Ještě před sestavením polostrukturovaného rozhovoru jsem hovořila s T. Tošnerovou (2006), R. Pitrákem (2007), J. Pilátovou (2007), J. Kosařovou (2007) a J. Městkovou¹¹⁵ (2007) o náplni jejich práce, která se vztahuje k problematice EAN.

Nyní bych se věnovala obsahové analýze rozhovorů. Otázky z prvního okruhu (zaměřené na pracovní náplň a profesionální kontakty) vynechám, sloužily spíše k mé orientaci, kam příslušného odborníka zařadit. U dalších otázek bych chtěla zdůraznit nejzajímavější názory některých odborníků, které mohou, nebo nemusí podporovat některé mé dílčí závěry z teoretické části diplomové práce, a které mohou také výstižně ilustrovat současnou situaci v oblasti EAN v České republice.

8.1. Otázky zaměřené na typologii EAN a na výskyt jednotlivých typů

Co všechno se podle Vás pod pojmem špatné zacházení skrývá?

Nejčastěji odborníci uvádějí fyzické a psychické týrání, poté materiální zneužívání a zanedbávání. O sexuálním zneužívání se zmiňuje Kosařová (s tím, že se s ním na lince setkává minimálně), Tošnerová (že o něm ví, ale nesetkala se s žádným případem), Martinková (v jejím výzkumu byl jediný případ) a potom Kalvach:

¹¹³ Při rozhovoru s M. Martinkovou a L. Vaníčkovou-Horníkovou nebylo možné pořídit zvukový záznam, proto u jejich názorů neuvádím přímé citace.

¹¹⁴ Jako jedinou ji nemám uvedenou ve výčtu odborníků na začátku kapitoly o situaci v České republice. Jedná se o koordinátorku intervenčního centra v Rakovníku, kde se s problematikou týraných a zneužívaných seniorů také setkávají.

¹¹⁵ Sociální pracovnice v Životě 90.

„...zneužívání sexuální, což je zdánlivě bizarní záležitost, nebo taková extravagantní, ale může být relativně častá, na to upozornili Američané, a pravděpodobně u nás to může být obdobné, ve vztahu klientů různých zařízení ústavní péče, zvláště tam, kde je soustředění křehkých a řekněme relativně bezbranných starých lidí s některými agresory, třeba s chronickými alkoholiky, lidmi podstatně mladšími, u kterých ta sexuální aktivita může být významná...“ (KALVACH, 2007)

Vaníčková-Horníková zmiňuje pouze fyzické a psychické týrání osobou blízkou, které má tendenci zahrnovat pod kategorii domácího násilí, což pravděpodobně vyplývá z její profese. Jinak všichni odborníci vyjmenují minimálně 4 základní typy (fyzické, psychické, materiální EAN a zanedbávání), ale spíše pět, což by podporovalo základní rozdělení na pět typů, které bývá označováno za obecný konsenzus¹¹⁶.

Spadá sem podle Vás také tzv. zanedbávání sebe sama?

Sebezanedbávání samovolně nejmenuje žádný z odborníků. Na můj dotaz bez doplňujících informací reaguje chápavě pouze Tošnerová a Kalvach, který také ihned uvádí termín *self-neglect* a široce se o problému rozpovídá. Je podle něj důležité rozlišit, zda v tom kterém případě ten problém skutečně existuje nebo jde jen o nelibost okolí, vyslovuje také zdráhavost nad intervencí v případech, kdy jde o volbu životního stylu:

„...kteří s tím prostě nechtějí nic dělat, a pak je to tedy nahlíženo, a souhlasím s tím, jako na jejich osobní záležitost, a nemělo by to být řešeno společenským týráním, vlastně systémovým týráním, aby někdo přiběhl, tyhle lidi někam zavřel, a tím, že je umeje, tak je označil za šťastné, spokojené a vyléčené self-neglectu. Což je vlastně největší úskalí přístupu k týraným lidem, protože se jim často dá pomoci jen tím, že se institucionalizují...a tam oni umřou.“ (KALVACH, 2007)

Ostatním problém sebezanedbávání konkretizují. Podle Kosařové je to spíše zahraniční pojetí, se kterým se u nás příliš nepracuje, a sebezanedbávání by mělo spadat spíše pod nějakou psychopatologii než pod násilí na seniorech. Podobný názor má i Pilátová, což by podporovalo slova Gibbonsové a jejích kolegů, podle nichž je sebezanedbávání v Evropě vnímáno primárně jako psychiatrický syndrom, narozdíl od USA, kde je více spojováno s EAN¹¹⁷.

¹¹⁶ Viz teoretická část diplomové práce, str. 23.

¹¹⁷ Viz teoretická část diplomové práce, str. 69.

Se kterým typem se při své práci nejčastěji setkáváte?

Pilátová se zamýšlela nad hranicí mezi psychickým týráním, případně zanedbáváním potřeb kontaktu a komunikace, a také nad tím, zda spadá pod materiální zneužívání situace, kdy senior přepíše dům na děti výměnou za slib, že se o něj budou starat, a ony potom svůj slib nesplní (s těmito problémy se totiž při své práci setkává nejčastěji):

„...je těžké určit, kde je ta hranice, záleží samozřejmě také na soběstačnosti toho klienta, jestli on tu pomoc skutečně nutně potřebuje, anebo by byl jen rád, kdyby za ním někdo přišel, a taky kde je vlastně ta jím vnímaná norma...“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Podobně váhá i Kalvach, podle kterého je úskalí v tom, že jde o nejasně definované pojmy. Pokud vždy, kdy si rodina od seniora něco vezme, půjde o materiální zneužívání, pak toho samozřejmě bude nejvíc. Ale to je diskutabilní. Nejvíce je podle něj spíše systémového ponižování¹¹⁸. Za velmi závažný a rozšířený problém také považuje institucionální EAN, nevhodné zacházení v ústavní péči.

Martinková na tuto otázku uvádí výsledky ze svého šetření, ve kterém zjistila následující pořadí: psychické týráné, materiální zneužívání, zanedbávání, fyzické týráné, sexuální zneužívání. Podle Tošnerové je jednoznačně nejčastější materiální zneužívání, ale může to souviset i s tím, že je prostě nejvíc viditelné:

„V první řadě majetek...S přibývajícím věkem přibývá „likvidačních opatření“. Jak se zbavit starého člověka...jde jen o jeho peníze.“ (TOŠNEROVÁ, 2006)

„Ano, to je totiž zjevné (materiální zneužívání). To je viditelné, takže to ostatní, třeba to fyzické napadání, je občas velmi neprůkazné, protože oni se vyjádří: „on padá“. A ve starším věku člověk padá.“ (TOŠNEROVÁ, 2007)

Horníková-Vaníčková se při své práci v intervenčním centru nejčastěji setkává s kombinací psychického a fyzického násilí, podobně také Kosařová se na lince setkává nejčastěji s takovými případy.

Nejčastěji uváděný typ je tedy v podstatě pokaždé jiný, což za prvé pravděpodobně vyplývá z toho, že každý z odborníků pracuje s trochu jinou klientelou,

¹¹⁸ Jeho definici uvádím na str. 36 v teoretické části diplomové práce.

a za druhé to opět ilustruje závěr z teoretické části diplomové práce o prevalenci jednotlivých typů, kdy není vůbec jasné, který z typů převládá¹¹⁹.

8.2. Otázky zaměřené na pachatele EAN

Kdo je podle Vás nejčastějším pachatelem špatného zacházení se starými lidmi?

Podle statistik ze Senior telefonu, které představila Kosařová, je nejčastější mezigenerační týrání, to znamená, že pachatelem jsou děti, respektive vnoučata (statistiky za rok 2006 uvádím v Příloze 5). Podobný názor má také Tošnerová a Kalvach, podle kterého kromě dětí bývá často pachatelem také partner a pečovatelé v domáci, ale nesporně i v institucionální péči. Zmiňuje také problém týrání okolí samotným seniorem, především v případech demence. Také podle Vaníčkové-Horníkové je nejčastějším pachatelem osoba blízká, které důvěřují a dovolí jí pobývat ve své blízkosti, v soukromí.

Martinková do EAN zahrnuje také případy typu krádeže, loupeže, přepadení atd., pachatele těchto trestných činů považuje za nejčastější. Dále jsou to pachatelé v domácím prostředí, o institucionálním EAN toho nemůže mnoho říci (její výzkum se tím nezabýval).

Tyto názory do značné míry potvrzují závěry z teoretické části diplomové práce, kde jsem zjistila, že za nejčastějšího pachatele bývá určován partner nebo děti obětí¹²⁰.

Jaká může podle Vás být jeho motivace? Jaké jiné příčiny špatného zacházení Vás napadají?

Mnou oslovení odborníci považovali za nejčastější příčinu EAN přetížení pečovatele, jinými slovy podporovali teorii nadměrného břemena (respektive teorii stresu pečovatele¹²¹. Příléhavě o tom mluví např. Kalvach:

„...velmi často proto, že ta rodina je vyčerpaná a že je to burn-out syndrom, nebo že je to domácí prostředí bez naděje, bez pomoci. Oni vstoupí (do vztahu péče, pozn.autorky) mnohdy s velkým mravním závazkem, což je vlastně takový nespravedlivý paradox, o maminku se musíme starat a budeme starat, a v rámci tohoto apriorního rozhodnutí, kdy si třeba ani nepodají žádost o ústavní péči, se dostanou do situace

¹¹⁹ Více informací na straně 38 diplomové práce.

¹²⁰ Více informací v teoretické části práce na str. 62.

¹²¹ Bližší informace o této teorii na str. 72.

úplného vyčerpání, kdy zjistí, že to tak jednoduché není. A najednou zjistí, že vlastně nejsou žádné podpůrné služby, není respit, není s kým se poradit, obvodní doktor řekne „já nevím“ nebo „za mnou nechodte“ nebo „běžte na úřad“, na úřadě zrovna jedí salát z papíru a řeknou „tady neotravujte“. A oni se v tom prostě nedokáží zorientovat, tu pomoc si nedokáží najít...chybí poradenství, srozumitelná kontaktní místa, na která by se tihle lidé obraceli, a když to dál pytlíkovou doma, tak to může dojít až k těm projevům burn-out syndromu.“ (KALVACH, 2007)

Za další příčiny považuje Kalvach také neznalost (u nevědomého EAN) a nekulturnost. Kosařová k přetíženosti uvádí také osobnostní rysy pachatele (určitou patologii) nebo nevyhovující podmínky péče jako další příčiny EAN (podobně také ostatní odborníci). Pilátová ještě zmiňuje určitou „sníženou citlivost“ vůči starým lidem (kterou můžeme srovnat s ageismem):

„...považují třeba ty seniory za lidi, jejichž život už vlastně nemá zas až takovou hodnotu, třeba že už se nevyplatí do nich investovat, takže nemá cenu, aby měli dražší péči, dražší léky...u některých lidí pak může tento pocit jakoby převládnout, že proč by si tedy nemohli vzít jejich důchod, když už jim stačí jenom houska...“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Martinková na tento dotaz uvedla statistiky ze svého výzkumu, ve kterém se sociální pracovníci vyjadřovali mimo jiné právě k příčinám EAN: nejčastěji za důvod EAN považovali snahu získat majetek (ve smyslu bydlení) nebo peníze na hotovosti, dále dlouhodobé špatné vztahy v rodině, alkoholismus nebo drogy, vyčerpání pečovatелů a duševní chorobu pachatele.

Výpovědi odborníků se tedy shodovaly s výčtem rizikových faktorů na straně pachatele, které jsem uvedla v teoretické části diplomové práce¹²².

Myslíte si, že někdy mohou špatné zacházení vyvolávat sami staří lidé svým chováním?

Podle Kosařové se to může stát často, třeba pokud má starý člověk nepřiměřené požadavky na péči. V této souvislosti vyzdvihuje roli krizové linky:

...pak se může stát, že se ta rodina cítí přetížená. Pak je vlastně důležitá role té krizové linky, že pomáháme najít různé způsoby řešení, aby se ta péče odlehčila, tím se vlastně předejde vzniku toho špatného chování.“ (KOSAŘOVÁ, 2007)

Podobně to vidí i Pilátová, s tím, že může jít ze strany seniora o vědomé i nevědomé chování. Těžké je to v případech starých lidí s demencí:

¹²² Viz str. 72.

„...pokud se chovají nějak nelogicky, tak to samozřejmě vyvolává podrážděnost, a myslím si, že to je jedna z nejhorších věcí v dnešní době, péče o klienta s demencí, protože ta demence je vlastně kontraindikací pro umístění v nejrůznějších zařízeních...Oni tím, že jsou mnohdy ještě relativně dobře pohybliví, tak dokážou napáchat spoustu problematických činností, které je i mohou ohrožovat.“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Kromě demence zmiňuje také povahové rysy seniora, které se mohou s postupujícím věkem zvyrazňovat, ale také upoutávání pozornosti okolí (lepší negativní reakce než žádná reakce) a manipulující tendence (například se starému člověku nápadně přihorší vždy, když má pečovatel odjet). Také Martinková si myslí, že se mohou staří lidé snažit upoutat na sebe pozornost, a zdůrazňuje rizikovou kombinaci agresivní pacient – vyčerpaný pečovatel.

Demenci, agresivitu i některé osobnostní zvláštnosti seniora shodně s názory těchto odborníků zmiňuji jako rizikové faktory na straně oběti v teoretické části diplomové práce¹²³.

Jaká je podle Vás situace v institucionální péči (např. nemocnice, DD), dochází tam ke špatnému zacházení?

EAN v institucích byl velké téma při rozhovoru s dr. Pilátovou, dr. Kalvachem a dr. Tošnerovou. Pilátová (pracuje jako psychologka také na neurologickém oddělení v nemocnici) se setkává při své práci s odosobněností vůči psychickým potřebám pacientů ze strany personálu (což by se dalo charakterizovat jako zanedbávání psychických potřeb). Nemyslí si však, že by se tento problém týkal specificky seniorů, je to problém institucionální zdravotní péče všeobecně.

„...oni (personál, pozn.autorky) si často neuvědomí, jak je to důležité. Protože oni řeší, já tomu i rozumím, když je to třeba JIP, tak řeší otázky života a smrti, řeší, že právě tomu člověku obnovili nějaké ty funkce, a tohle už je nějaká nadstavba, že mu třeba neřekli, jak dlouho tam ty hadičky bude mít...nebo kam ho vezou a proč a jak to tam vypadá...je to vůbec ani nenapadne, že to je důležité...“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Kalvach považuje institucionální EAN za velmi závažný problém:

„...Nemocnice, domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných, a to považuji za velmi závažné, především proto, že ti (staří) lidé si tam velmi často nejsou vědomi svých práv, že tam je velmi mnoho takové profesní slepoty, za samozřejmě se bere spousta věcí, které vůbec samozřejmě nejsou, nemají být a které nejsou správné. A té

¹²³ Více viz str. 74.

ochraně důstojnosti proti tomu ponižování, ale dokonce i proti funkčnímu a tělesnému postižení těch lidí v ústavní péči je věnováno velmi málo pozornosti, a tak si myslím, že se dá hovořit o poměrně masovém nevhodném zacházení. A dostaneme se k tomu, co jste říkala, jestli tam ta záměrnost musí nebo nemusí být. Já si myslím, že jestliže člověk by z hlediska své profese měl vědět o rizicích, která přináší například imobilizace starému člověku, že není dostatečná rehabilitace, že je omezen v lůžku za ohrádkou, a přesto se toho dopustí, i když je to třeba proto, že nemá dostatek personálu nebo že je tam prostě sám (na tu práci, pozn.autorky), tak to JE zanedbání péče, je to zanedbávání, a jestliže se tomu člověku vytvoří dekubity, proleženiny, nebo jestliže jej doživotně imobilizuje, vlastně invalidizuje, a dokonce tam je v řadě případů kauzální závislost, bez zlého úmyslu, ale došlo nevhodným zacházením a zanedbáním potřeb toho člověka k jeho imobilitě, v důsledku toho k dekubitům, k sepsi a úmrtí, tak to je pořádně těžký důsledek toho nevhodného zacházení.“ (KALVACH, 2007)

Kalvach zdůrazňuje, že je na tento problém třeba nahlížet nejen jako na selhání jednotlivce (pokud se nejedná o jednotlivce například se sadistickými sklony), ale jako na systémové zanedbávání, kdy je celý systém toho zařízení a zdravotní péče vůbec nastaven tak, že mnoho starých lidí je při standardně běžícím systému zanedbáváno a zneužíváno.

Polemizuje také s názorem Pilátové, že se to týká všech lidí bez rozdílu věku, protože podle něj právě staří lidé jsou ti více křehcí (funkčně na tom nejsou nejlépe, jsou závislí, nesoběstační) a hlavně nemají toho svého advokáta (ráznou manželku, která na oddělení „udělá vítr“), pokud jsou osamělí. U mladších lidí se všichni zajímají, proč zemřeli a vytvoří tlak,

„...zatímco ti osamělí staří lidé, tak to je prostě, starý člověk umřel, co by. Čili to riziko toho zanedbání u toho osamělého starého člověka, který není schopen té sebeobrany, je mnohem větší, a pak tam může docházet i k tomu, že se tam vlastně kombinuje i omezování osobní svobody, režimové, nepouštění člověka ven, je v ústavu, není zbaven způsobilosti k právním úkonům, přitom nesmí vycházet...řada těch věcí je úplně na vodě a neošetřených.“ (KALVACH, 2007)

Řešení Kalvach vidí především v zajištění dostatku personálu, dále v zajištění silné pozice klienta a v neposlední řadě je podle něj důležitá jakási „firemní kultura“, celková úroveň té instituce. Ze strany zaměstnavatele by měl být vidět zájem o kultivaci prostředí, o humanizaci péče. Ale je tam řada dalších překážek, finančních, administrativních a dalších, které k tomu institucionálnímu EAN přispívají.

Tošnerová se domnívá, že situace v sociálních ústavech (např. domovech důchodců) se bude postupně zlepšovat, protože v souvislosti s novým zákonem

o sociálních službách bude jejich činnost více vystavena kontrole veřejnosti. Tudíž by tam tento problém měl být do několika let minimalizován. V nemocnicích ta kontrola není a starý člověk je tam trochu vystaven svévoli personálu.

„A co je třeba obrovský problém v nemocnici, to jsou stavy zmatenosti u seniorů, protože senior na stará kolena může se změnou prostředí procházet tímto vývojem se stavem zmatenosti. To je stav naprosto netolerovaný, jsou neochotní (zdravotníci, pozn.autorky) se tomu přizpůsobit. Duševně nemocný člověk tam nepatří a je snaha ho okamžitě vyexpedovat na psychiatrii za jakýchkoli okolností. Čili je tam riziko, že představa lidí, že v nemocnici bude tomu starému člověku pomoheno, může skončit tak, že během pěti dnů se stane zmateným a urychleně ho přeloží na psychiatrii.“ (TOŠNEROVÁ, 2007)

V nemocnicích by Tošnerová uvítala koordinátora péče (mají ho například v motolské nebo krčské nemocnici v Praze), a také více dobrovolníků, kteří by na odděleních se seniory byli vítanou pomocí. Další problém vidí v jistém diskriminujícím přístupu a infantilizaci seniorů v ústavech sociální péče (kdy například při arteterapii staří lidé malují nebo vystřihují kačenky a sluníčka).

Tito odborníci se tedy zmiňovali především o jakémisi systémovém zanedbávání potřeb starých lidí v institucionální péči, počínaje zanedbáváním psychických potřeb (nedostatečná komunikace, sdělování informací, ale i infantilizace) až po zanedbávání potřeb fyzických (omezování pohybu, nedostatečná rehabilitace atd.), které není ani tak vinou jednotlivců, jako celého systému fungování v institucích. Této problematice se věnují také v teoretické části práce¹²⁴.

8.3. Otázky zaměřené na oběť EAN

Mají podle Vás oběti špatného zacházení nějaká specifika?

Vaníčková-Horníková se zatím při své práci setkávala s týranými muži i ženami, závislými i samostatnými. Vyplývá z toho, že obětí se může stát kterýkoliv starý člověk. Podobný názor má i Kosařová, která ale stejně jako ostatní odborníci zmiňuje jistou křehkost¹²⁵ starých lidí, která může být rizikovým faktorem.

„...možná jsou křehčí, nemají úplně síly na řešení té situace, nebo nemají možnosti...z hlediska zdravotního stavu nebo možnosti využití pomoci. Tím se vlastně

¹²⁴ Viz str. 75.

¹²⁵ V této diplomové práci používám spíše termín „zranitelnost“, lze je však v tomto smyslu považovat za synonyma.

třeba začíná rozbalovat nějaká ta spirála toho násilí nebo špatného zacházení.“ (KOSAŘOVÁ, 2007)

Kalvach to nazývá „geriatrickou křehkostí“, která je multifunkční (od všeho trošku) a která může jít ruku v ruce s nezdatností a potřebou pomoci. Za obrovské riziko považuje demenci a zdůrazňuje, že pokročilá stádia demence nejsou doma zvládnutelná. Vyčerpanost pečující rodiny v kombinaci s agresí, žárliveckými bludy nebo paranoiou na straně seniora trpícího demencí je pro EAN vysoce riziková. Kalvach považuje za specifický rizikový faktor nad rámec běžného domácího násilí už stáří samotné.

Také Martinková považuje křehkost za rizikový faktor, byť to myslí spíše v souvislosti s trestnou činností na starých lidech jako takovou. Starým lidem se podle ní mění psychika (více zapomínají, jsou méně opatrní), mění se i fyzicky (nereagují tak rychle), což přispívá k jejich křehkosti.

Pilátová považuje za nejrizikovější faktor míru soběstačnosti.

„Čím více jsou omezeni v soběstačnosti, tím rizikovější to bude, protože pak mají i omezené možnosti kontaktu s dalšími lidmi, mají omezené možnosti si postěžovat nebo změnit to pečovatelské prostředí...potřebují více péče a jsou závislejší na těch pečovateli...“ (PILÁTOVÁ, 2007)

V teoretické části diplomové práce zmiňuji mezi rizikovými faktory mimo jiné právě zranitelnost, demenci a závislost¹²⁶, nicméně zde v souladu s Vaníčkovou-Horníkovou cítím potřebu znovu zdůraznit, že obětí EAN se může stát kterýkoliv starý člověk.

Jaké bývají podle Vašich zkušeností reakce starých lidí na špatné zacházení, jak to zasáhne jejich psychiku?

Podle Kosařové je nejčastějším pocitem oběti EAN stud, především pokud je pachatelem blízká osoba. V této souvislosti zdůrazňuje roli krizové linky, kde se může starý člověk vypovídat anonymně, pracovníci na lince jim vytvoří důvěrné prostředí. U dlouhodobého zacházení se podle ní může objevit syndrom bezmoci, kdy senior vidí situaci jako neřešitelnou.

Podle Pilátové reakce starých lidí na tom, zda se jedná o blízkého pachatele nebo pachatele ze strany personálu v instituci. V případě institucionálního EAN jsou možná

¹²⁶ Více viz str. 73 a dále.

staří lidé spíše schopni tu záležitost od sebe oddělit a třeba se i bránit, protože vědí, že se mohou případně přemístit jinam (jen pokud to je možné). V případě špatného zacházení ze strany blízkých je pro oběti ta situace mnohem těžší, mají mnohdy ambivalentní pocity (zvláště pokud jsou děti někdy hodné a někdy se chovají špatně), pak nastupují obranné mechanismy psychiky.

Podle Vaníčkové-Horníkové špatné zacházení zasáhne psychiku oběti velmi tvrdě, hluboce a většinou trvale. Stydí se, na druhé straně mají strach ze samoty, z opuštění, ze ztráty blízkých, které stále i přes jejich chování milují.

Podle Kalvacha je nejhorším důsledkem špatného zacházení ztráta důstojnosti starého člověka. Ponížení dává do přímé souvislosti s tím, proč lidé špatné zacházení tají:

„...tam si myslím, že PROTO je tak málo údajů o tom nevhodném zacházení, protože, to psychologové moc dobře vědí, že člověk dokáže mluvit o ledasčems, o různých příkořích, ale velmi obtížně, má obrovské bloky tam, kde jde o ponížení a osobní důstojnost.“ (KALVACH, 2007)

Dále Kalvach zmiňuje ambivalenci pocitů ve smyslu „je to moje dítě, přece ho nepůjdu udat“, a také stud, co by lidé řekli, asi že si ty děti špatně vychoval/a.

Myslíte, že jsou spíše schopni či ochotni vyhledat pomoc, nebo špatné zacházení spíše tají?

Martinková zdůrazňuje, že EAN zůstává natolik latentním problémem také právě proto, že se oběti stydí a bojí o svém případě mluvit. Nelze se jim ani divit, ohrožují tím často sami sebe. Ti, kteří se odhodlají se špatným zacházením něco dělat, jsou velmi stateční a potřebují podporu a pomoc. Podobný názor má také Vaníčková-Horníková.

Kosařová opět zdůrazňuje anonymitu krizové linky jako vhodnou možnost „volání o pomoc“ ze strany týraného starého člověka, protože jinak je pro ně jistě velmi těžké pomoc vyhledat a svěřit se, že se jim doma děje něco takového. Podobně smýšlí i Pilátová, která také zastává názor, že oběti mají spíše potřebu se vypovídat, krátkodobě si ulevit, ale samotný problém řešit nechtějí.

Kalvach zdůrazňuje, že se staří lidé jako oběti špatného zacházení nemají kam obrátit, aniž by mohli být stigmatizováni, a vyzdvihuje potřebu vytvoření geriatrických komunitních center:

„...To samé s otázkou zanedbávání, týrání. Jít na sociální odbor je trošku o tom jako bonzovat, trošku o průšvih, spustím lavinu úředních jednání, budou tam se mnou nějak jednat, budu muset jít někam svědčit, lidi se úřadů bojí, čili mělo by to být něco seniorsky přátelského, co má neutrální charakter, třeba právě to geriatrické centrum, tam chodí člověk, který má poruchu paměti, má poruchu hybnosti, třeba má problém s domácím násilím, ale tam se o tom mluví v podobě seniorských problémů a není to exkludující, není to ponižující, není to o úřadech.“ (KALVACH, 2007)

Odpovědi odborníků na tuto (i předchozí otázku) blíže ilustrují mé závěry z teoretické části vztahující se k prožívání obětí¹²⁷.

Myslíte, že vědí, kam se obrátit pro pomoc?

Kosařová uvádí, že podle jejího názoru je nabídka pomoci v naší republice docela široká (krizové linky, sociální úřad, policie, občanská sdružení) a zároveň existuje v naší společnosti dostatečná informovanost o Senior lince, na které mohou oběti získat komplexní informace o dalším postupu.

Také Pilátová si myslí, že je tato krizová linka dostatečně propagovaná (a stále se to zlepšuje, například po každém pořadu v televizi nebo v rozhlasu je vlna telefonátů) a že její pracovníci poskytnou veškeré nutné informace každému volajícímu, nicméně jde o to, zda oběti dokáží nabízenou pomoc přijmout:

„...třeba když se jim nabídne možnost třeba té policie, tak oni řeknou, no jo, to já vím, ale to teda fakt ne, nebudu si vodit policajty na svoje děti k nám do bytu, všichni to uvidí...takže to není o tom, že by tu informaci neměli....ale oni to po té konzultaci většinou zase nechají tak nějak usnout.“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Kalvach je přesvědčen o tom, že informovanost je nedostatečná a lidé nevědí, kam se obrátit. Za účelné považuje spustit masivní propagandu a programy, které by neměly být o extrémech (ty mohou odrazovat, „takhle špatně já na tom zase nejsem, ke mně se nikdo takhle surově nechová“), ale měly by citlivě informovat o EAN jako o možném problému starých lidí a o dostupné pomoci.

¹²⁷ Více viz str. 57.

Martinková také zastává názor, že oběti často neví, kam by se obrátily. Na sociálním odboru je odmítnou, na policii nebudou chtít, a také sdružení jako BKB nebo linky jsou jen pro ty odhodlané a zároveň akceschopné. Podobně jsme si povídaly i s Vaníčkovou-Horníkovou a Tošnerovou.

Z rozhovorů zde vyplynulo nejen potvrzení problému nedostatečné informovanosti mezi oběťmi EAN, ale vyvstnul také palčivý problém nedostupnosti přiměřené podpory a péče v České republice (snad kromě Prahy). Na tento problém jsem v rozhovorech s odborníky opakovaně narážela a budu se jím zabývat ještě v rámci dalších otázek.

8.4. Otázky zaměřené na poskytovanou intervenci

Jakou intervenci při své práci týraným a zneužívaným seniorům poskytujete?

Máte možnost jim doporučit i nějaké návazné služby, a jaké?

Vaníčková-Horníková ve své odpovědi ilustruje práci intervenčních center, která začala fungovat v lednu 2007 v návaznosti na nový zákon o sociálních službách¹²⁸: centra poskytují základní sociální, psychologické a právní poradenství, předání případu dalším institucím, ventilační pohovory, psychickou podporu a vedení při řešení situace. Centra spolupracují s Policií ČR, Městskou policií, poradnami pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, se sociálními odbory a azylovými domy. Koordinátorka intervenčního centra v Rakovníku považuje spolupráci centra s těmito institucemi za velmi dobrou.

Kosařová popisuje provoz a funkci linky Senior telefon a návazné služby v rámci Života 90 i mimo něj.

„...když si představíte, že zavolá týraný senior, tak je to hodně o podpoře toho člověka, hodně o tom, že nabízíme možnosti přeskupení té jeho situace, navazujeme vlastně na trestní zákon, který byl teď novelizován, takže v extrémním případě nabízíme i možnost vykazání, kdy informujeme toho klienta, jaké má možnosti a čeho může využít. Určitě nabízíme a doporučujeme poradny Bílého kruhu bezpečí, to je organizace, která se stará o oběti trestných činů, kde je taková komplexní péče a pokrytí, po republice je několik takových poraden, případně když jde o nějakou podobu domácího násilí, tak nabízíme možnost obrátit se na intervenční centra, pokud ten člověk není schopen

¹²⁸ Více k intervenčním centřům v kapitole o situaci v České republice.

nikam dojít, tak hledáme blízkou osobu, která by mu pomohla řešit tu situaci, a když není ani ta blízká osoba, tak nabízíme možnost, že mohou kontaktovat sociální úřad a žádat o intervenci. Těch možností je poměrně hodně a vždy se vychází z toho, že se chrání situace toho klienta, aby nedošlo k jejímu zhoršení, nabízejí se možnosti a klient si vybírá, co je pro něj nejpříjemnější, co by chtěl udělat, co by chtěl řešit, je to taková hodně jemná a citlivá práce.“ (KOSAŘOVÁ, 2007)

V rámci Života 90 pak Kosařová zmiňuje i psychologickou poradnu, kterou vede Pilátová, a dále sociální a právní poradenství. Pilátová uvádí, že intervence závisí na tom, jaká je zakázka, ta však nebývá o žádné velké změně v situaci oběti špatného zacházení, je to spíš o ventilaci emocí. Klienti objednaní z linky také velmi často do poradny vůbec nepřijdou, prostě se vypovídali na lince a dál se už postupovat bojí nebo nechťejí.

Podle Tošnerové, která se s případy špatného zacházení se starými lidmi setkává v rámci Ambulance pro poruchy paměti i v rámci konziliární služby, nemůže být intervence poskytnuta, pokud o ni senior nestojí.

„Tam se vždycky a pořád opakuje totéž, že ten starý člověk po nás nechce nic. On sdělí problémy, nebo je vidíme, ale nechce nic. To znamená, že my se nemůžeme vnucovat a nemůžeme nic řešit za seniora samotného...Proti jeho vůli postupovat nemůžeme.“ (TOŠNEROVÁ, 2007)

Intervence je tedy možná pouze v případě, že se starý člověk rozhodne situaci skutečně nějak řešit, což, jak již bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce¹²⁹, bývá spíše výjimkou nežli pravidlem. V souvislosti s tím vyvstává také otázka intervence proti vůli starého člověka, v případech, kdy není způsobilý k právním úkonům. Podle Tošnerové je tento problém u nás nedostatečně zajištěn. Podle Kalvach je nutné intervenci proti vůli starého člověka maximálně omezovat, snažit se o méně paternalistický přístup, už proto, že i dobře míněný postup proti vůli seniora může jeho situaci podstatně zhoršit:

„...ten člověk najednou zůstane nezabezpečen, čili on řekne, vidíte, vždyť jsem vám to říkal, tak já teď budu muset do ústavu a to mně vadí mnohem víc, než když jsem dostal třikrát týdně pár facek, nebo že mě ztloukl, když přišel opilý domů, nebo že na mě ošklivě křičel, z toho jsem plakala, z toho jsem byla smutná, ale byla jsem doma a bylo to lepší, než když musím do ústavu.“ (KALVACH, 2007)

¹²⁹ Více viz str. 81.

8.5. Otázky na situaci v oblasti EAN v České republice

Jaká je podle Vás situace v oblasti špatného zacházení v České republice?

Kosařová zastává názor, že EAN je v České republice velký problém, především proto, že jde o křehkou klientelu. Nicméně má pocit, že je zde snaha situaci řešit, že vznikají instituce, na které se mohou staří lidé obrátit, a za velmi pozitivní považuje činnost Senior telefonu.

Podle Pilátové by si syndrom EAN zasloužil určitě větší pozornost, především v oblasti vzdělávání (zdravotnického personálu i pečovatelů), v oblasti kvality péče a podpory pečujících (kteří si například musí v určitých případech platit sociální a zdravotní pojištění), a samozřejmě by přivítala více peněz investovaných do prevence a intervence EAN.

Kalvach znovu zdůrazňuje rozsáhlost institucionálního špatného zacházení se starými lidmi, která sahá až do hloubky systému péče samotného. Dále uvádí celospolečenský problém diskriminace starých lidí, ageismu, který brání efektivnějšímu boji proti EAN. Negativní postoj ke starým lidem je podle něj pozadím celého problému. Právě ten je třeba změnit v první řadě, pokud se chceme pustit do boje proti EAN.

Martinková považuje EAN za stále naprosto latentní problém, o kterém se toho příliš neví (vyjma úzkého kruhu odborníků v pomáhajících profesích). EAN není společenskou zakázkou. Myslí si také, že po revoluci došlo k narušení norem ve společnosti, nastal hon za ziskem, lidé se nevěnují ani vlastním dětem, natož seniorům. EAN má hlubší kontext ve společnosti.

Které momenty jsou podle Vás pro intervenci a prevenci EAN v ČR zásadní?

Vaníčková-Horníková považuje za zásadní především zákon o domácím násilí a institutu vykázaní, a také nový zákon o sociálních službách. Důležitá je také efektivní spolupráce mezi jednotlivými institucemi poskytujícími podporu a péči. Také Tošnerová zmiňuje především nový zákon o sociálních službách. Dle Martinkové však není příliš efektivní například příspěvek na péči, který je určen pouze těm seniorům, kteří jsou schopni o něm informovaně a racionálně uvažovat. Spousta z nich jej bere

jako přilepšení k důchodu a mnozí jej stejně odevzdají dětem. Také Pilátová příspěvek na péči považuje za nedotažený – jednak ta suma peněz nemusí stačit na celoměsíční nákup nějaké služby, jednak ty služby stejně na většině území České republiky nejsou dostupné.

Kosařová současnou situaci i prostředky k boji proti EAN vnímá pozitivně:

„Já naopak vnímám pozitivní vývoj z hlediska trestního zákona, třeba institut vykázání je podle mne velice užitečná věc, která nemá vlastně trestní podobu, ale preventivní podobu, kdy se snaží přerušit nějaká eskalace násilí,... intervenční centra, že v případě, kdy dochází k nějakému špatnému zacházení nebo týrání, mají klienti opravdu velkou možnost se obracet i na takové instituce...myslím, že je velká snaha rozvíjet věci, které nefungovaly, nebo nebyly z hlediska špatného zacházení dotažené.“ (KOSAŘOVÁ, 2007)

Co podle Vás chybí v oblasti prevence a intervence špatného zacházení?

Všichni odborníci se shodují na tom, že jsou to především dostupné služby (ať už základní jako podpora domácím pečovatelům a místa v DD, nebo specifické, jako například chráněné bydlení pro týrané seniory).

S Kalvachem jsem si povídala o funkci anglických nebo amerických APS služeb, které se komplexně starají o problematiku EAN. Kalvach si představuje jako ideální koncept spojení všech služeb pro seniory geriatrická komunitní centra, která by poskytovala informace, poradenství, mnohé služby a jejich koordinaci.

„...aby ti lidé nemuseli běhat od čerta k ďáblu, aby to překonávalo poradenskou službu praktických lékařů, kteří v tom mohou, ale nemusí být orientováni, mohou té rodině posloužit a pomoci, anebo to taky mohou všechno pokazit, takže tady chybí tento moment, což souvisí s komunitními službami, které jsou integrované, zdravotně sociální, šité na míru místním podmínkám, a my se jim pořád bráníme, protože náš právní řád komunitní služby nezná.“ (KALVACH, 2007)

Kromě toho Kalvach považuje za důležité zavedení ochrany zájmů seniorů ve smyslu *advocacy* (aby měli své zastání v seniorských organizacích, které budou lobovat v parlamentu atd.), která u nás až tak úplně nefunguje.

Tošnerová zmiňuje pražskou Geriu (centrum domácí zdravotní a pečovatelské služby), která tímto způsobem funguje. Také ona souhlasí s tím, že je třeba zdravotní, sociální, poradenské a jiné služby spojovat a koordinovat.

Jaké legislativní změny by podle Vás byly vhodné, aby se zlepšila pomoc týraným seniorům?

Mnou oslovení odborníci považují legislativní rámec na ochranu seniorů za dostatečný¹³⁰. Podle Vaníčkové-Horníkové je pouze třeba je doladit a detailně rozpracovat, a také uvést do praxe. Uvedení do praxe je největším problémem dostupných zákonů také dle Kalvacha. Nemá podle něj smysl vymýšlet nové zákony, když ty dosavadní nejsou pořádně zavedeny do praxe, aby se zjistilo, jestli k něčemu jsou, nebo jestli je skutečně třeba nový zákon. Jako příklad uvádí sestru pro komunitní službu:

„...realizování toho, co v našem zákoně je, ale nefunguje, to je sestra pro komunitní službu, který by měla dělat asi dispenzarizaci rizikových lidí, včetně těch, kteří jsou z nejrůznějších důvodů ohroženi (pokročilého věku, života v rizikovém prostředí) tím, že by mohli být zanedbáváni a týráni, a měla by dělat tu aktivní návštěvní službu. To nemůže dělat praktický lékař, protože není „obvodák“,...nemůže to být home care, agentura si nemůže lovit v terénu svoje klienty...měl by to být zájem úřadu té místní části, který by měl mít svou komunitní sestru, která by procházela tím rizikovým prostředím,...vlastně streetworkera...aby ten terén byl procházen, prosíván, kontrolován, a z toho pak mohou vycházet různé podněty, jednak těm lidem,...rodinám...různým orgánům.“ (KALVACH, 2007)

Jsou podle Vás dostatečné prostředky a služby pro podporu zranitelných seniorů v jejich domovech?

Při rozhovorech s odborníky jsem opakovaně narážela na názor, že v České republice je velmi palčivým problémem nedostatek služeb¹³¹. Je to jeden ze základních kamenů, bez jehož pevného ukotvení nelze stavět kvalitní prevenci a intervenci EAN. Ať už jde o služby pro seniory samotné nebo pro jejich pečující rodiny, nikdy není jejich nabídka dostatečná. Relativně dobrá je situace v Praze (pokud pomineme nedostatek pobytových služeb typu DD nebo domů s pečovatelskou službou) a možná ještě v několika dalších velkých městech v republice. Pouze podle Kosařové je situace v ČR poměrně dobrá (i když by vždycky mohla být lepší).

¹³⁰ Legislativní rámec jsem zmínila v kapitole o situaci v České republice.

¹³¹ Nejrůznějších služeb: pobytových, pečovatelských, podpůrných atd.

Myslíte, že vláda se dostatečně zajímá o tuto problematiku? Existují nějaké vládní programy zaměřené na staré lidi a konkrétně třeba přímo na EAN?

Podle Martinkové není ze strany vlády téměř žádný zájem o problematiku špatného zacházení se starými lidmi. Vyplývá to podle ní také z toho, že v současnosti EAN není vůbec společenské zadání. Podle ní je důležité, aby toto téma vůbec proniklo do vládních kruhů, přičemž by bylo dobré se inspirovat postupem v případě domácího násilí. To také muselo nejprve prorazit do povědomí politiků, než se začalo něco dít. Nejvýznamnější roli v tom hrají právě odborníci a neziskové organizace¹³². Mezi odborníky se musí najít nějaký vůdčí typ, který „bude jako tank a bude chtít odpověď dnes, a ne až zítra“. Dále se musí všichni odborníci spojit a získat v parlamentu někoho, kdo bude prosazovat jejich zájmy.

Tošnerová upozorňuje na počínající aktivity ministryně bez portfeje Stehlíkové, která se podle ní výrazně snaží a je docela úspěšná. Nicméně snahy vlády podle ní budou zbytečné, pokud sami lidé nebudou chtít, aby se s tím problémem něco dělo. Má na mysli především pasivitu seniorské populace jako takové (podobně se vyjádřil i Kalvach). Změna může přijít ze strany státu a vlády (přístup „shora“), nebo ze strany pomáhajících organizací podporovaných různými granty („přístup zdola“), podle Tošnerové není rozhodnuto, že by jedno bylo lepší než druhé, ale hlavně je důležité, aby se u nás už něco začalo v oblasti EAN dít.

Podle Kalvacha role státu a vlády spočívá především v tom, aby nastavila prostředí, ve kterém se bude prevence a intervence EAN bezpečně odvíjet. Jak to však má proběhnout, není jasné. Co nejvíce pravomocí a odpovědnosti by mělo být přesunuto na komunální a regionální úroveň, což se však v posledních letech spíše nedaří:

„Mám spíš pocit, že v posledních několika letech se ty podmínky pro tu komunální oblast a pro ty neziskovky jakoby zhoršují, určitě je tam obrovská únava, a hlavně ten stát (který funguje jako ta magnetová hora v pověsti o Bruncvíkovi a všechno na sebe přitahuje, jak se ta decentralizace úplně nedaří...), tak si připodobňuje tu místní samosprávu, která se chová jako periferie státní správy, a nevystupuje v dobrém, konstruktivním smyslu jako partnerský protihráč.“ (KALVACH, 2007)

¹³² V případě domácího násilí to byla především dr. Vitoušová a Bílý kruh bezpečí.

Kalvach by byl také velmi obezřetný k přejímání nějakých modelů ze zahraničí, protože český stát se zatím potýká se zcela základními problémy, byrokracií, pseudodemokracií, centralismem a podobně. Obává se, že by došlo k likvidaci neziskových organizací.

„My prostě v tuto chvíli potřebujeme mantinely, právní prostředí, a v něm spoustu iniciativy. A nelze na nedobytnost práva a rozmazanost právního vědomí a povědomí pustit státní kontrolní systémy, systémy, které v tom budou dělat standardy a tak, to bych nedělal.“ (KALVACH, 2007)

Co dalšího by se podle Vás mělo změnit, aby se zlepšila pomoc obětem násilí na seniorech?

Podle Tošnerové by to mělo být cokoliv. Stáří je v naší společnosti zcela na okraji zájmů, problém EAN tady nikoho nezajímá. V první řadě by se měl změnit přístup k člověku:

„Přístup k člověku je otřesný, v podstatě pohrdání člověkem (a přístup k jeho potřebám) je dost markantní.“ (TOŠNEROVÁ, 2007)

Také z rozhovoru s Kalvachem vyplývá, že nejprve je nutná změna na celospolečenské úrovni. Také on se domnívá, že společnost nechce o problematice EAN vůbec slyšet. Naše společnost je zřetelně ageistická.

„...to je nějaké filozoficko-politické podhoubí, které vlastně vede politiky k různým prohlášením, která pak multiplikují média, a tím vzniká představa, že staří lidé jsou appendix společnosti, a protože se nevytvářejí dostatečné podmínky pro kapitalizaci těch starých lidí, tak vznikají velké problémy, kdy řada těch lidí nefunguje jako ekonomický přínos, že si nakupují služby, že vytvářejí zaměstnanost, ale opravdu, že jsou závislí na těch penzích, které zatěžují ten rozpočet...tak dokud se toto nevyřeší, dokud se to nerozbije, to je tolik kroků, co se musí udělat, rozbít koncept zaměstnanosti u nás, vytvořit nabídku a samozřejmost částečných úvazků, víc zaměstnavatelské výdělečné činnosti, kde by se právě ti stárnoucí a staří lidé mohli uplatnit, tak dokud tohle nebude vyřešeno, tak v tom nebude dobře.“ (KALVACH, 2007)

„Čili já si myslím, že obecně si ta společnost s tím neví rady. Ale zpátky k tomu – co nejvíce kompetencí těm lidem (starým – pozn.autorky), co nejvíce rozhodovacích možností, k tomu potřebují informace, k tomu potřebují poradenská centra, k tomu potřebují vzdělávání a k tomu potřebují advocacy...vytvoření podmínek pro sebeúctu.“ (KALVACH, 2007)

Také ostatní odborníci se dotkli skutečnosti, že EAN má mnohem hlubší kořeny a příčiny, než které můžeme nalézt pouze u pachatele či oběti. Jde o jakési

celospolečenské nastavení, které je v naší republice obecně ke starším lidem spíše nepřátelské. K sycení tohoto nepřátelství dochází hned z několika zdrojů (a většinou to zprostředkovávají média): špatná důchodová politika, vnímání seniorů jako parazitů, kteří ujídají ze společného koláče, aniž by společnosti něčím přispívali, negativní vnímání stáří jako období všeobecného úpadku, nemoci, a v neposlední řadě (jak podotýká Martinková) strach ze smrti. Zde je třeba začít, pokud chceme efektivně bojovat se špatným zacházením se starými lidmi – změnit postoj společnosti k seniorům, změnit hodnoty.

Myslíte si, že společnost je dostatečně vzdělaná v této oblasti, že lidé mají dostatečné povědomí o špatném zacházení se starými lidmi?

Odpovědi na tuto otázku souvisely s reakcemi na otázku předchozí. Společnost především není příliš připravená jakékoliv informace o EAN vůbec přijímat.

Podle Tošnerové zájem ve společnosti o problematiku EAN není, pokud se to těch lidí netýká přímo, osobně (například jako pečovateli). A u těch, u kterých zájem je, zase nachází alarmující neschopnost získat informace.

Také Kalvach si myslí, že společnost nechce o tomto problému slyšet, na případy, které přinesou média, vůbec nereaguje:

„To je zhruba tři roky, kdy byla informace o nevhodném zacházení v ostravském domově důchodců a vzápětí na to reportáž o naprosto ponižujícím nevhodném zacházení v ústavu sociální péče někde tady ve středních Čechách. A reakce...minimální, nulové. Ta společnost to buď považuje za okrajový problém, nebo...prostě je inertní. A nevěří, myslím si, na obecné nápravné mechanismy. Ta společnost dobře ví, že tady katastrofální situace není. Domnívají se, že těžkého příkoří je asi relativně málo, velmi rádi se položí do situace „oni doktoři přece vědí, a sestry vědí, a ty sestry jsou hodné a doktoři jsou taky hodní“. Jo, velmi rádi se zbaví té odpovědnosti a nezajímá je, třeba, jak se k nim dostane maso z jatek, jak to vypadá, když se ta kráva prostě musí zabít..to mají určitě ti veterináři a ty výbory pod kontrolou, to je určitě všechno úplně humánní....Ony jsou to dost takové jakoby nezralé postoje, nebo nepropojené postoje, jako – myslím si, že se dost ošklivě lidi ke starým lidem chovají, ale není to zase až tak nejhorší a asi to někdo hlídá a asi se s tím nedá nic udělat a asi mě to nezajímá.“ (KALVACH, 2007)

Na druhé straně podle Kosařové jsou lidé docela informovaní a zároveň připravení zasáhnout, alespoň pro to hovoří její zkušenosti z linky. Také Pilátová se domnívá, že společnost je informovaná docela dost, ale protože to není příliš hezké

téma, mají to lidé tendenci vytěšňovat. Určitě je podle ní důležité průběžně a citlivě společnost dále informovat, aby se udržovala jakási stálá, respektive pozvolna stoupající hladina povědomí o tomto problému. Obě zmiňují kampaně v rámci Života 90, které proběhly za účelem zvýšení povědomí o EAN v české společnosti.

Myslíte si, že profesionálové (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci) jsou dostatečně informováni a vzděláni v tom, co je špatné zacházení, jak na něj přijít a co s ním dělat?

Kosařová se domnívá, že toho vzdělávání je poměrně dost, a zároveň oceňuje funkci nového zákona o sociálních službách, který stanoví celkem striktní kritéria, která musí sociální pracovník splňovat. Mluví tedy spíše o profesionalizaci péče.

Zákon o sociálních službách zmiňuje také Tošnerová, podle níž je v něm zakotvena povinnost celoživotního vzdělávání¹³³. Tošnerová je teoretickým garantem tohoto vzdělávání. Vzdělávání pro profesionální pečující je dnes samozřejmostí, to musí všichni vědět. Kurzy začínají ageismem, končí špatným zacházením se starými lidmi. Tošnerová vede kurzy pro pracovníky v sociální oblasti, nyní se jí sami ozvali lékárníci, že by měli také zájem. U lékařů zájem příliš není, u nich ta znalost ani zdaleka není samozřejmá.

Také Pilátová pochybuje, že by například lékaři byli dostatečně vzděláni třeba v oblasti detekce EAN (že by je napadlo se cíleně zaměřovat na jeho příznaky u klientů ze starší populace). Podle ní by se to dalo řešit právě v rámci celoživotního vzdělávání, nějakými kurzy a školeními. Kromě detekce EAN by kurzy měly určitě být zaměřeny také na vhodnou komunikaci se starými lidmi a jejich pečovateli.

Dle Kalvacha by mělo být vzdělávání o EAN součástí nějakého komplexního vzdělávání o potřebách starých křehkých lidí. Podle něj to však naráží na hranici možného, protože jednak je těžké těm lidem vysvětlovat, jak se mají chovat, aniž by se stáhli do obranného postavení, a také mohou být v této oblasti nakrásně vzděláni, ale pokud jich bude na směně málo, stejně se budou špatného zacházení dopouštět.

¹³³ Tato povinnost tedy existuje v naší republice teprve půl roku, není tedy možné zhodnotit, nakolik je v praxi skutečně uplatňována a nakolik je vzdělávání odborné a efektivní.

Vaničková-Horníková se domnívá, že vzdělání je dostatečné, ale že jsou profesionálové natolik zavaleni vlastní prací a množstvím administrativy, že se mnohdy v případech EAN neangažují. Podle Martinkové profesionálové příliš vzdělání nejsou, mnozí netuší, že EAN vůbec existuje.

Z výše uvedených výroků lze vysledovat poměrně značná názorová pluralita mezi jednotlivými odborníky. Závisí to na jejich zkušenostech s lektorováním a na tom, s jakými skupinami profesionálů se setkávají. Má vlastní zkušenost je taková, že sociální pracovníci, pečovatelé a zdravotníci o EAN nevědí, respektive nevědí, že jde o nějakou kategorii, byť po bližším vysvětlení říkají, že se s ním setkávají. Ale nevědí, jakých podob může nabírat, jak jej odhalit ani jak se angažovat.

Jaká je podle Vás funkce médií v této oblasti? Myslíte, že informují o týrání seniorů dostatečně?

Martinková a Tošnerová se domnívají, že média informují o EAN příliš bulvárně, spíše v rámci černé kroniky, než ve smyslu informování¹³⁴. Podle Kalvacha zase multiplikuji poselství, která nejsou pro seniory lichotivá, a která ani nejsou pravdivá (jak jsem již naznačila výše). Podle Vaničkové-Horníkové se informovanost v médiích neustále zlepšuje.

Podle Kosařové by média mohla mít větší zájem, například by mohla více prezentovat instituce, které se zabývají seniorskou problematikou nebo přímo špatným zacházením. Mediální kampaň je podle ní vždy dobrá. Pilátová ale varuje, že medializace musí probíhat opatrně:

„Nejde o to, vyvolat nějakou krátkodobou vlnu. Aby to nebylo jen nějaké plácnutí do vody, spíš aby se to průběžně nějak kultivovaným, vhodným a důstojným způsobem medializovalo. Aby to nebylo nějaké skandalizování, ať už těch obětí nebo těch pečujících nebo těch ústavů, aby to nezpůsobilo víc škody než užitku. Aby to pokračovalo dlouhodobě, v tom bych viděla přínos.“ (PILÁTOVÁ, 2007)

Většina z mnou oslovených odborníků se také účastnila červnové konference v Životě 90, která se dotýkala právě role médií v informování veřejnosti o syndromu EAN. Se zástupci médií narazili na problém nedostatku autentických příběhů¹³⁵. Aby

¹³⁴ Jak je tomu například ve člancích o domácím násilí, kde můžeme najít i informace o jeho projevech, o dostupných službách a zákonech.

¹³⁵ Tedy na stejný problém, na který jsem narazila i já při sběru kasuistik.

byl příběh pro média atraktivní, je nutné získat přímo aktéra, tedy oběť. Ty však ze zcela pochopitelných důvodů takovou publicitu odmítají. Pouze Tošnerová zmiňuje jediný případ, kdy se jí podařilo přesvědčit jednu paní, aby se svým příběhem vystoupila v rádiu.

Mohu tedy shrnout, že role médií v rozšiřování povědomí o EAN ve společnosti je diskutabilní. Přibývá sice článků o týrání seniorů, ale mají většinou bulvární charakter a postrádají kvalitní informace o EAN jako takovém i možnostech intervence. Zároveň hrají negativní roli v rozšiřování nevhodných postojů k seniorské populaci (titulky typu „důchodci nás každý rok stojí iks miliard).

Chtěl/a byste zdůraznit ještě něco, co je podle Vás důležité a nebylo dnes řečeno?

Většinou jsme se v rozhovorech dostali do širších souvislostí, než vyplývaly z otázek. Pouze Kalvach využil příležitosti této otázky, aby znovu zdůraznil, že zásadní změna musí proběhnout na úrovni akceptace důstojnosti člověka (a pak tedy i starých lidí). Znovu také upozornil na vysoké riziko EAN v institucionální péči (především zdravotní a dlouhodobé) a také nastínil vhodné řešení v podobě geriatrických komunitních center.

V této kapitole jsem provedla stručnou obsahovou analýzu rozhovorů s některými předními českými odborníky na problematiku EAN. Otázky do rozhovoru jsem volila tak, abych pokryla hlavní oblasti zpracované v teoretické části diplomové práce, a dále jsem do rozhovoru zařadila otázky mapující současnou situaci v České republice, kterou mi asi nemůže nikdo přiblížit více než ti, kteří s EAN u nás nejčastěji pracují.

Analýza rozhovorů potvrdila, že názory mnou zvolených odborníků v naprosté většině případů souhlasí s tezemi, ke kterým jsem došla v teoretické části diplomové práce. Oblast shody jsem označila vždy v závěru každé otázky, která se k teoretické části vztahovala. Kromě toho mi také rozhovory s odborníky pomohly splnit druhý cíl, a to přesnější a konkrétnější porozumění situaci v oblasti EAN v České republice. To nyní využiji v další kapitole, kde zvážím, zda by se bylo možno postupem Velké Británie při řešení EAN v něčem inspirovat, a uvedu svá doporučení a návrhy pro další možný vývoj v České republice.

9. Návrhy pro další vývoj v oblasti EAN v ČR

Nejprve bych v krátkosti chtěla shrnout situaci v oblasti potírání EAN v České republice. Boj proti EAN zde nemá žádný ucelený koncept a rámec, jedná se spíš o zájmovou oblast nebo úzkou specializaci některých odborníků v oblasti péče o seniory. Ti se sdružují v několika málo organizacích, jejichž náplní činnosti je právě poskytování pomoci a podpory starým lidem. V České republice ale není jediný odborník nebo organizace, která by se zabývala primárně či výlučně tímto tématem.

Na státní, respektive vládní úrovni je syndrom špatného zacházení se starými lidmi zcela na pokraji zájmu. Stát se o problematiku EAN jako takovou nezajímá. Reguluje však určité oblasti, pod které spadají některé případy EAN: jedná se o oblast péče (regulace se tedy dotýká případů EAN v institucích) a oblast domácího násilí. Nejdůležitějšími normami jsou zde nový zákon o sociálních službách, standardy péče a příslušná část trestního zákona. Tyto normy nejsou primárně určeny k řešení špatného zacházení se starými lidmi, podle odborníků, se kterými jsem o této problematice mluvila, jsou však momentálně dostačující, respektive by mohly být dostačující, pokud by se propracovaly do detailů a řádně zavedly do praxe.

Povědomí mezi odborníky o syndromu EAN není příliš vysoké, v současnosti se však zavádí jejich povinné vzdělávání, které by se mělo dotýkat i této problematiky. Týká se to zatím pouze oblasti sociální péče, je nutné zavést jej také v oblasti péče zdravotní. Vzhledem k tomu, že vzdělávání o EAN je záležitostí posledních několika let (spíše měsíců), není možné jeho efektivitu hodnotit. Z hlediska profesí je však zatím výběrové, a tudíž nedostatečné. Je třeba, aby všichni lidé, kteří v rámci své profese přijdou do styku se seniory, byli vzděláni v oblasti EAN tak, jak jsem uvedla již v teoretické části diplomové práce.

Povědomí mezi veřejností je sice podle průzkumu agentury STEM (HABART, 2006) poměrně vysoké, má zkušenost i zkušenost většiny mnou oslovených odborníků však svědčí pro opak. S povědomím úzce souvisí také nezájem veřejnosti o tuto problematiku, který vyplývá z několika aspektů. Nejdůležitějším zdrojem nezájmu o špatné zacházení se starými lidmi je s největší pravděpodobností obecně negativní postoj veřejnosti ke starším a starým lidem. Neodvážuji se zde hledat jeho kořeny,

nicméně se domnívám, že je v současnosti sycen především strachem ze stáří (které je prezentováno jako období úpadku a závislosti) a také nevolí související s údajnou nepoužitelností a parazitismem seniorů. Roli v tom hrají demografické změny, neschopnost vlády provést radikální a nepopulární kroky, které by zlepšily situaci současných i budoucích seniorů (např. nová důchodová politika), a v neposlední roli také média, která pomáhají vytvořit negativní obraz stáří. Domnívám se tedy, že naše společnost je značně ageistická.

Ageismus v naší společnosti považuji za základní problém, který stojí v cestě úspěšnému boji se špatným zacházením se starými lidmi. Dokud je celospolečenským postojem diskriminace stáří, bude velmi obtížné vytvořit efektivní strategii pro vypořádání se s EAN. Změna tohoto postoje však není otázkou několika let, bude to změna spíše v perspektivě generací.

Začít s výchovou úcty ke stáří a důstojnosti člověka v každém věku je třeba již na základní, ale lépe již v mateřské škole. Média musí přestat stáří ignorovat, nebo o něm informovat jako o negativním jevu, a musí začít podporovat pozitivní obraz stáří. Je také důležité, aby se našla dostatečně silná a odvážná vláda, která podpoří zásadní změny, jako je například již zmíněná důchodová reforma. Firmy a společnosti musí být motivovány k zaměstnávání pracovníků starších padesáti let - a mnoho dalšího.

Dalším problémem, který podporuje výskyt EAN v naší společnosti, je značný nedostatek služeb, ať již služeb pro seniory samotné, nebo služeb pro jejich blízké a pečovatele. Také zde je nutné zavést změny co nejdříve, než služby pod náparem silných stárnoucích ročníků zkolabují. Současně s rostoucí silou služeb je také nutné zavádět jejich vyšší kvalitu, která bude stavět mimo jiné také na ideálu důstojnosti a úcty ke klientovi. Paternalistickou péči musí nahradit péče humanistická.

V oblasti služeb bych viděla v souladu s Kalvachem (KALVACH, 2007) dobrou perspektivu ve zřízení geriatrických komunitních center, která budou poskytovat starým lidem komplexní péči a která jim budou pomáhat co nejdéle zůstat samostatní a ve svém domově.

Kromě obecnějších změn, bez nichž se boj se špatným zacházením se starými lidmi neobejde, je třeba se zaměřit na EAN samotný¹³⁶. V tomto směru považuji za důležité neustále zvyšovat povědomí o tom, že syndrom špatného zacházení se starými lidmi existuje. Vzdělávání profesionálů, široké veřejnosti, ale i samotných seniorů považuji za klíčové. Vzdělávání může probíhat prostřednictvím médií, kampaní, letáků, filmů, kongresů, konferencí atd. Informační „masáž“ by měla být dlouhodobá a přiměřená, aby nedošlo k bulvarizaci tematiky nebo přesycení.

Důležité je také, aby si staří a stárnoucí lidé uvědomili, že nikdo se o ně nepostará lépe než oni sami, a aby se snažili zachovat si co nejdéle svou samostatnost a informovanost. Dá se očekávat, že s nástupem dalších generací do seniorského věku se bude nyní poměrně pasivní postoj seniorů měnit a že sami začnou hájit svá práva a pozice.

Téma EAN musí také proniknout do vládních kruhů, zde vidím velkou výzvu pro odborníky na EAN (současné i budoucí). Jejich role je tedy jednak v lobování za problém EAN v parlamentu, a dále bude velmi důležitá jejich role expertní, až se EAN začne na úrovni parlamentu skutečně řešit.

Poté, co vznikne zájem státu na efektivním boji proti EAN, bych považovala za nejdůležitější začít pozvolna pronikat do problematiky EAN a jejích specifik v České republice. Nejprve by měla být navázána spolupráce s neziskovými organizacemi v této oblasti, vláda by měla začít financovat výzkumy, kampaně a projekty vycházející z návrhů expertů z řad odborníků na EAN.

A tím se dostávám k inspiraci, kterou nám může v boji proti EAN poskytnout Velká Británie. Po zpracování všech podkladů a informací se domnívám, že není žádoucí přebírat jejich (a jakýkoliv model) boje proti EAN, dokud nemáme zpracovány všechny aspekty EAN na místní úrovni (například prevalenci EAN v České republice, dostupnost a kvalitu služeb pro seniory atd.).

¹³⁶ Změny by se tedy měly týkat především oblastí, které lze umístit do imaginárního trojúhelníku: základnou je změna na celospolečenské úrovni = potírání ageismu, uprostřed změna ve službách pro staré lidi a jejich blízké a pečovatele = dostupnější a kvalitnější služby, ve špici trojúhelníku je pak EAN samotný.

Velká Británie se nachází ve zcela jiné situaci – je zde dlouhodobá tradice demokracie, státní aparát je poměrně flexibilní, efektivní, schopný regulovat a má zcela jiné možnosti financování, funguje zde volný trh služeb, společnost není tolik ageistická a podobně; také v oblasti EAN samotného jsou ve Velké Británii mnohem dále, boj proti EAN zde má již téměř patnáctiletou tradici a království má tedy také mnohem širší expertní zázemí než Česká republika.

Přesto bych se pokusila najít alespoň některé jednotlivosti, které bych považovala za inspirující (mnohé z nich byly již vlastně zmíněny v textu výše). Na celospolečenské úrovni je možné se inspirovat přístupem britské veřejnosti ke starým lidem. Jejich pozice v tamní společnosti je mnohem silnější, zažívají mnohem více úcty a pozornosti. V místních novinách jsou neustále propagovány nejrůznější akce, které jsou pořádány seniory nebo pro seniory. Ve schránkách se denně objevují letáky s nabídkami rozmanitých služeb pro seniory. Součástí firemní kultury je úcta ke starším. V novinách jsou inzeráty hledající dobrovolníky, kteří si budou v nemocnicích povídat s pacienty, jak se jim daří...Nerada bych zde nastínila obraz britské společnosti jako dokonale respektující a naplňující práva seniorů (jinak by asi nebyl potřeba program *Dignity in Care*), ale z mého pobytu v Londýně jsem si odnesla pocit, že staří lidé tam mají plnohodnotnou pozici ve společnosti. To je tedy jedna oblast, kterou bychom se mohli v České republice inspirovat.

Dalším zajímavým a inspirujícím prvkem je fenomén *advocacy* (obhajoba, zastávání se), kterou je možné vnímat ve dvou rovinách. Na užší úrovni se to týká přímo advokátních služeb zaměřených na starší populaci. V Anglii najdeme spolky a sdružení zastupující seniory v nejrůznějších oblastech a sporech. Na širší úrovni jde o obhajobu práv seniorů jako takových, na celospolečenské úrovni. U nás by takto měly fungovat například Svaz důchodců nebo Rada pro seniory, ale podle slov Kalvacha to pořád není ono. V případě Svazu důchodců jde spíše o roztříštěné, regionální aktivity, v případě Rady pro seniory zase o příliš obecné zájmy. Navíc v těchto sdruženích chybí skuteční experti (například právníci v důchodovém věku, kteří se rozhodli své zkušenosti a kontakty získané v průběhu kariéry použít ve prospěch seniorských práv) (KALVACH, 2007). Také v této oblasti bychom se tedy mohli v České republice inspirovat.

Tak jako v Anglii fungují *adult protective services*, které pod sebou zahrnují komplexní služby pro zranitelné dospělé, mohla by u nás fungovat například geriatrická komunitní centra. Staří lidé by našli všechny služby pod jednou střechou, šité jim na míru a zároveň v blízkosti jejich bydliště. O geriatrických centrech jsem se již zmiňovala výše.

Konečně si dovedu představit, že by se i u nás mohl zavést nějaký seznam na způsob *POVA list*, který by vyplňoval mezeru pod hladinou trestného činu. Není to jen specifikum České republiky nebo Velké Británie, že pouze malé procento případů EAN se dostane do gesce policie a pouze zlomek procenta k soudu a k odsouzení pachatele. Databáze pachatelů disciplinárně nevhodných činů by pak pokrývala ty případy špatného zacházení se starými lidmi, které se nikdy nedostaly do rukou policie a soudů (tedy naprostá většina z nich), a ty pachatele, kteří nebyli pravomocně odsouzeni. Lidé uvedení v databázi by nesměli být zaměstnáni v oblasti péče o staré lidi (ale ani o děti, zranitelné dospělé, a nejlépe v oblasti péče vůbec).

Zavedení jakéhosi *POVA listu* u nás by však mělo svá omezení vyplývající z místních charakteristik. Bylo by potřeba zajistit, aby se na seznamu zbytečně neobjevovali lidé, kteří se pouze stali terčem pomsty někoho jiného (protože na britský *POVA list* se umísťují už lidé, na něž někdo podal oznámení, pokud se vyšetří, že bylo neoprávněné, jsou z něj staženi); ale také by bylo nutné ohlídat, aby byli v seznamu skutečně zapsáni ti, kteří se nepopíratelně pachateli špatného zacházení stali.

Dle Kalvacha je možné, že nějaký takový koncept (jako je *POVA list*) bude možná v budoucnu integrován do všech států Evropské unie, aby bylo možné lépe kontrolovat pohyb nežádoucích osob v procesu volné výměny pracovní síly a služeb (KALVACH, 2007).

V neposlední řadě považuji za velmi inspirující anglickou spolupráci mezi vládou a dobročinnými organizacemi, ať už v oblasti tvorby legislativy a dalších konceptů, nebo v oblasti výzkumů a kampaní. K tomu je však nutná ochota a informovanost na obou stranách.

Tolik asi nejdůležitější oblasti, kterými bychom se podle mého názoru mohli v České republice inspirovat Velkou Británií. Na úplný závěr bych se chtěla zamyslet nad tím, jakou roli v celém tomto systému práce s EAN může sehrát psycholog.

Gerontologové a geriatři budou těmi nejdůležitějšími lidmi, kteří mohou pomoci utvářet pozitivní obraz stáří ve společnosti. Je důležité, aby poznatky z vývojové psychologie, které potvrzují, že stáří není možné charakterizovat pouze jako období úpadku, pasivity a nemocí, pronikly na veřejnost a staly se všeobecně známými.

Psychologové (zejména ti orientovaní na seniory) znají nejlépe prožívání, potřeby a hodnotové žebříčky generace starých lidí a jsou tedy těmi pravými, kteří by mohli zastávat práva a potřeby starých lidí a bojovat za ně.

Psychologové mohou být těmi, kteří budou vzdělávat jiné odborníky, seniory i širokou veřejnost v oblasti EAN. Jsou těmi, kteří mohou vést nejrůznější výzkumy jednotlivých aspektů EAN.

Nesmí chybět ani mezi experty, kteří budou předními aktéry v boji proti EAN v České republice. V této práci jsem několikrát uvedla, že EAN je široký, mezioborový problém, a nyní chci znovu zdůraznit, že psychologie v něm má zásadní místo. Klinický obraz syndromu EAN, prožívání oběti, motivace pachatele, rizikové faktory na straně obou, situační spouštěče, koncept zranitelnosti – to všechno jsou jevy ryze psychologické. Také v oblasti prevence a intervence má psychologie své nezastupitelné místo. Psycholog by měl být samozřejmostí v každém sdružení či organizaci, které se zabývá podporou a pomocí starým lidem. To je pro nás velká výzva do budoucna.

V této kapitole jsem krátce shrnula současnou situaci v oblasti EAN v České republice a uvedla jsem návrhy a doporučení, jak bychom mohli v boji proti EAN dále postupovat. Po hlubším srovnání situace ve Velké Británii a České republice jsem nabyla dojmu, že by v současnosti nebylo vhodné přejímat nějaký širší britský model práce s EAN, důvody jsem zde uvedla. Přesto jsem našla několik jednotlivostí, kterými bychom se podle mého názoru inspirovat mohli. Na závěr jsem uvedla možnosti uplatnění profese psychologa v celém systému potírání EAN.

10. Kasuistiky

Kasuistika 1

Paní M.Š. je pětasedmdesátiletá vdova, která žije v pečovatelském domě ve středně velkém městě. Znáám ji asi tři roky a po celou tu dobu je materiálně zneužívána několika členy své rodiny. Její nejstarší dcera se k ní před rokem načerno přestěhovala, za což paní M.Š. hrozí vyhazov z penzionu, pokud se na to přijde. Za ty tři roky jsem u ní pozorovala pozvolnou, ale v důsledku velmi výraznou změnu v celkovém postoji k životu. Poznala jsem ji jako veselou, velice vtipnou a energii překypující paní, dneska je z ní zatrpklá, nevraživá a neustále si stěžující osoba.

Zdravotní stav paní M.Š. není dobrý a s postupem let se zhoršuje. V mládí byla v koncentračním táboře, kde jí naočkovali tuberkulózu, v důsledku toho přišla ve svých 27 letech o jednu plíci. Zhruba od svých čtrnácti let silně kouří, v posledních letech zredukovala počet cigaret asi na patnáct denně, především proto, že nemá peníze. Paní M.Š. prodělala několik infarktů, před několika lety ji také objevili výrůstek na páteři, který ji zlobí čím dál víc, v poslední době dobře nechodí a tahá jednu nohu za sebou. Odmítá vstávat, protože se jí motá hlava, celý den sedí a na noc si lehne. Bojí se chodit na procházky, protože by spadla, což se také skutečně dvakrát stalo.

Paní M.Š. je velmi hubená, má pouze jakoby nafouklé břicho. Téměř nejí a kromě kávy nic nepije. Pokud jde výjimečně ven, pečlivě a slušivě se oblékne, doma sedí v teplácích, které někdy bývají plné skvrn. Mívá dlouhé nehty, které jsou na pravé ruce silně zažloutlé od nikotinu. V bytě má nevětráno, silně zakouřeno a tmavo, protože záclony jsou zažloutlé od kouře a nepropouštějí světlo. Zem bývá nevyluxovaná, v koupelně i na záchodě není příliš čisto. Paní M.Š. už podle svých slov nezvládá starost o byt, její dcera se o něj nestará.

Rodina paní M.Š. je velmi rozsáhlá, větší část z příbuzných se s ní ale nestýká. Paní má 4 děti, nejstarší dcera u ní nyní bydlí, s další již asi deset let nekomunikuje, třetí bydlí nedaleko, ale přijde, jen když něco potřebuje, pouze nejmladší syn se v poslední době polepšil a občas se zastaví, aby se zeptal, co paní M.Š. potřebuje. Paní má celkem 12 vnoučat, naprostá většina z nich s ní neudrhuje kontakt. Vztahy v rodině jsou velmi složité, není možné určit, proč se kdo s kým nebaví. Manžel zemřel již před patnácti lety.

Materiální zázemí: Paní M.Š. obývá malý byt 1+1 v domě s pečovatelskou službou. V posledních letech u ní přes zimu přespávala nejstarší dcera, které je 50 let, ale doposud nebyla schopná si zařídit vlastní bydlení. Po letošní zimě už neodešla. Dříve měla paní M.Š. velký byt, děti ji ale přesvědčily, aby ho prodala. Peníze z něj jim postupně půjčovala. Byt v penzionu je vybaven základním nábytkem, který paní M.Š. odkázala své jediné vnučce. Ta se s ní potom přestala stýkat, chce ji tedy zrušit závěr. Paní M.Š. je obět' teleshoppingových pořadů, neustále má něco na splátky, přitom žádnou z těch věcí neužívá, popřípadě je musí vrátit, protože nemá na splátky. Má úvěr na Yes kartě, který není schopná splatit a propadá se do stále větších dluhů. V lednici neměla při mé poslední návštěvě nic kromě svatebních výslužky, kterou měla předat dál.

Trávení volného času: paní M.Š. v poslední době vůbec nevychází ven. Nohy má netrénované, dojde sotva ke schránce, kde se jí nedávno zamotala hlava, spadla a zlomila si ruku a rozbila hlavu. Od té doby nechodí ani tam. Ujde vždy jen deset kroků na WC a zase zpátky k televizi. U té sedí celý den, jen v noci si k tomu lehne. Televizi nevypíná. Přestože dobře vidí i slyší, tak nečte, neposlouchá rádio, neplete atd. Když přijdu na návštěvu, ani televizi nevypne a musím křičet, abych přehlušila její zvuk. Dřív měla paní M.Š. zahrádku, ale na tu už nemá sílu. Dřív za ní také chodila kamarádka, ale ta přestala, když se k ní natrvalo nastěhovala dcera.

Sociální kontakty: kromě dcery, která u paní M.Š. načerno bydlí, se v současnosti nestýká s nikým, kromě výjimečných návštěv (některá z vnoučat se jednou za čas staví). Jediný kontakt udržuje přes mobilní telefon, pokud někdo zavolá, sama nemá kredit. S dcerou si leze na nervy, ale nedokáže ji vyhodit. Možná je ráda, že tam s ní někdo přebývá. Dcera momentálně pracuje na směny, když přijde domů, sedne si do křesla a sleduje televizi. Někdy uvaří.

Popis materiálního zneužívání: Ke zneužívání začalo docházet, když umřel manžel paní M.Š. Děti, které se paní M.Š. „vůbec nevyvedly“, tak ztratily poslední zábrany a začaly ji obírat o peníze. Využívaly její neschopnosti říci „ne“ a touhy koupit si jejich lásku. Nejprve ji přesvědčily, aby prodala velký byt na náměstí a přestěhovala se do penzionu. Peníze za prodej si rozpůjčovaly s tím, že je brzo vrátí. Jedna z dcer jí dluží přes sto tisíc. Nesplácí nic. Dcera, která s paní M.Š. momentálně bydlí, také dluží desítky tisíc. Minulý rok, když paní nesla ušetřené peníze do banky, aby splatila dluh a zrušila Yes kartu, tuto dceru „náhodou“ potkala (bylo léto, tak u ní zrovna nebydlela). Dcera ji doprovázela a dokázala ji přesvědčit, aby jí peníze půjčila, protože jinak by musela do vězení, to se raději půjde zabít. Podle zážitků, které mi paní M.Š. vyprávěla, jde často o kombinaci psychického vydírání a materiálního zneužívání. Jednou za čas si přijde některé z dětí nebo vnoučat něco půjčit s tím, že to brzy vrátí. Tak už paní M.Š. přišla o vysavač, sadu cestovních tašek a tepovač (a další teleshoppingové produkty, které třeba nemá dosud splacené). Každá návštěva si při loučení bez ptaní vezme cigarety, které leží na stolku u televize. Loni, když tam s dcerou bydlel i jeden z vnuků, se paní M.Š. ztratily také poslední zlaté šperky, které ještě neprodala. Dcera u paní M.Š. bydlí zadarmo, nedává jí žádné peníze, když jde nakoupit za peníze paní M.Š., drobné už nevrací. Přestože nyní pracuje, dluh nesplácí.

Paní M.Š. si uvědomuje, že ji děti zneužívají a okrádají. V mnohých případech jim však dává věci dobrovolně, respektive neumí říct „ne“. Ale jak říká: „jsou to moje děti, přece se na ně nemůžu vykašlat, i když stojí za nic.“ Dnes, když už nic nemá, se od ní většina dětí a vnuků odvrátila, zůstala jí v podstatě pouze parazitující dcera. Ta je však také jediná, kdo paní M.Š. zůstal.

Možná intervence: Paní M.Š. odmítá jakoukoliv intervenci, se svou situací nechce nic dělat, je rezignovaná. Také mi připadá, že se bojí, že přijde o „přízeň“ dcery, která s ní nyní bydlí, a zůstane úplně sama. Říká, že se nikdo nesmí dovědět, že tam dcera bydlí. Nic proti ní ani ostatním nechce podnikat, protože jsou to přece jen její děti. Kontaktovat policii nebo sociální odbor rozhodně odmítá. Odmítá také možnost nalezení dobrovolníka, který by jí chodil uklízet. Nechce ani telefonický kontakt na krizovou linku, je zcela rezignovaná. Nově se zde nabízí možnost vyřízení příspěvku na péči, ale podle mého názoru je zcela jasné, že by peníze stejně utratila její dcera.

Komentář: Výše uvedená kasuistika je typickým příkladem materiálního zneužívání. Vystává otázka, kde je hranice, která určuje, co je dobrovolné rozdávání a co je už materiální zneužívání ze strany těch, co přijímají. Z vyprávění paní M.Š. nemám pocit, že by dávala ráda nebo dobrovolně. Buď si kupuje další návštěvu toho kterého příbuzného, nebo je do rozdávání vmanipulována psychickým vydíráním (zabiju se, půjdu do vězení, nebudu se moct vdát atd.). Jednoznačné jsou potom situace, kdy se ztratí zlato nebo si děti půjčí něco, co už nikdy nevrátí.

Kasuistika 2

Paní M.R. je šestaosmdesátiletá vdova, která žije v přízemí rodinného domku v malém městě na Severní Moravě. S rozhovorem souhlasila, protože jak říká, nevadí jí, když se všichni dozví, jak se k ní její děti chovají. Při rozhovoru je velmi plachtivá, na jeho konci přiznává sebevražedné myšlenky.

Zdravotní stav paní M.R. se prudce zhoršil v několika posledních týdnech před rozhovorem. Hrávala závodně házenou a aktivně sportovala až do padesáti let. V roce 2000 podstoupila operaci srdce, při které jí voperovali „baterku“ a „spirálu do aorty“, protože jí vynechávalo srdce. Hodně se jí motá hlava a proto často padá. Naposledy spadla před třemi týdny, umývala nádobí, zamotala se jí hlava a nestačila si sednout. Zavolala telefonem syna, který bydlí nad ní, ten přivolal sanitku. Ukázalo se, že měla mozkovou mrtvici a že si při pádu našťípala nějaké místo na páteři, takže chodí jen s velkými obtížemi a má bolesti. Nemůže si teď ani zajít pro nákup.

Paní M.R. je mírně obézní, při rozhovoru přiznává, jak má ráda dobré jídlo. Bohužel si ho teď nemůže vařit, protože nevydrží stát u vařiče. K rozhovoru mi nabízí nějaké sušené ovoce z loňska, které má zabalené ve starém celofánu. Omlouvá se, že nemá nic lepšího, nejsou peníze. Je hezky upravená a čistě oblečená. V bytě je pořádek, provádí mě i do ložnice, kde mi ukazuje fotky svého zemřelého manžela.

Manžel paní M.R. zemřel před deseti lety na mozkovou mrtvici. Chtěla si ho tenkrát vzít domů na opatrování, ale z nemocnice ho nepustili, že by nebyla schopná se o něj starat. Dodnes si vyčítá, že tenkrát více nebojovala, aby jí ho dali domů. S manželem měli dva syny, ten mladší za tatínkem ani nebyl v nemocnici, když umíral. Z prvního manželství staršího syna má paní M.R. vnučku, z jeho druhého manželství dva vnuky. Druhorozený syn má syna z prvního manželství, o kterého se paní M.R. starala, když se jeho rodiče rozvedli. Také druhý syn se znovu oženil. S vnuky a vnučkou vychází paní M.R. dobře, její synové (a jejich současné manželky) jsou však těmi, kdo ji materiálně zneužívají.

Sociální kontakty: nejčastěji se paní M.R. vidá se sousedkou, která jí teď chodí i nakoupit. Dříve za ní chodila i kamarádka z mládí, ta však nedávno umřela. Jinak si s někým popovídá, jen když jde na hřbitov. Tam teď ani nedojde, takže je pořád sama. Jednou za měsíc za ní zajde vnučka, na kterou přepsala byt. Zdrží se jen chvíli, než ji snacha začne shora volat. Vnučka se nezeptá, jestli by babička nepotřebovala s něčím pomoci, a paní M.R. si o to nechce říkat, když ji to samotnou nenapadne. Párkrát za rok se ukáže i vnuk, kterého měla v opatrování. Jedním z nejdůležitějších lidí v životě paní M.R. je švagr, který žije už dlouhé roky v Londýně. Ten volá pravidelně každou neděli. Paní M.R. si dělá starosti, jestli by se dověděla, kdyby zemřel.

Popis materiálního zneužívání: V rámci historie zneužívání (respektive v jejich vzájemném vztahu) rozeznává paní M.R. dva zlomové okamžiky. První zlom nastal, když se synové oženili. Do té doby fungovali jako rodina, s manželem postavila paní M.R. i druhý dům, spravovali i majetek získaný v restituci, aby se kluci po svatbě měli dobře. Její manžel jí říkal, že je příliš rozmazluje. Po ženitbách jejich vzájemné vztahy silně ochladly. Synové je přestali navštěvovat, přestali jim pomáhat. Manžel paní M.R. říkal, že až umře, tak jí ani vodu nepodají. „A měl pravdu.“

Druhým zlomem byla právě manželova smrt. Mladší syn nebyl ani v nemocnici, ukázal se až u notáře. Při rozdělování majetku prosila syny, aby neprodávali své díly sadů a zahrad a dům, že k nim má vroucí vztah. Nabídla se, že bude platit všechny poplatky s nemovitostmi spojené, ale synové jí řekli, že jí rozhodně s údržbou pomáhat nebudou a že své podíly prodají. Nedokázala protestovat a dala jim svolení k tomu, aby prodali i její podíl, kromě jednoho sadu a části domu, ve kterém bydlela. Peníze z jejího podílu jim postupně nechala. Právě minulý týden za ní byl starší syn a ptal se jí, kde má doklady. Že chce prodat i ten poslední sad. Tak mu je ukázala, nemá už sílu vzdorovat.

Ted' bydlí v dolním patře domu, který zdědila s bratrem po rodičích. Se starším synem a snachou, kteří bydlí v tomtéž domě, se téměř nestýká, vlastně jen jednou za měsíc, když jim nese část důchodu. Když se potkají před domem nebo na terase, jen se pozdraví. Paní M.R. jim platí 2.500 tisíce za plyn a elektriku, na její měřiče jsou napojení i nahoře, takže platí za celý dům. Když se její zdraví zhoršilo a nemohla si vařit, poprosila snachu, jestli by se s ní nepodělili o oběd. Ta jí ho přinesla a řekla si o třicet korun. Od té doby ještě platí víkendové obědy. Dříve rozdala i zbytek důchodu, ale to už dnes ne, to už si dopřeje pro sebe, koupí si něco dobrého a tak. Když dělají na zahradě nějakou oslavu a M.R. za nimi přijde, snacha se okamžitě zvedne a odejde, že tam s ní sedět nebude. Paní M.R. si nevybavuje, že by se někdy pohádaly, snacha taková byla od začátku, i její matka paní M.R. volala, než si ji syn vzal, a varovala ji, že „není hodná“. Když jede syn sám na nákup, může ho poprosit, aby jí něco vzal, ale sám se rozhodně nezeptá. Když jedou na nákup oba, tak se paní M. ani neptá. Když jednou potřebovala něco uvařit a zjistila, že nemá pepř, šla nahoru poprosit o tři kuličky pepře. Snacha jí řekla, že si ho má dojít koupit, že přece na pepř nemůže zapomenout, a nedala jí nic. Syn jednou ve slabé chvíli o své manželce řekl: „Ona nemá ráda nikoho, ani mě.“ Kdyby si pí.M řekla o pomoc, syn by možná i pomohl, ale probrali by to nahoře, a on by to odnesl, to ona nechce. Ale taky, když sbíral na společné zahradě broskve a ona ho poprosila, aby jí nějaké donesl, donesl jí jednu brokev. Nedávno za ní syn byl, a ptal se jí, jestli mu dá peníze. Řekla mu, že žádné nemá. Odpověděl: „Ještě musíš mít nějaké peníze! Vyzvedlas? Ne? A na co čekáš?“. Když byla v nemocnici, stavil se za ní jednou a snacha taky, donesla jí rohlík a jablko. Když se vrátila z nemocnice, zjistila, že jí prosondovali celý byt, všechny skřínky i šuplíky. Pak se jí právě syn ptal na ty doklady. On jí taky často říká: „kup si“. To on chce, „aby toho po mně hodně zbylo.“

S druhým synem se nevidá vůbec. Poté, co se podruhé oženil, se s ním už vůbec nedalo vyjít. Napekla mu na svatbu, ale oni ji ani nepozvali. Když jí jednou volal a chtěl peníze, řekla mu: „zapomeň na mě“, od té doby se nestýkají. V nemocnici za ní nebyl. Jen jednou přišel, když potřeboval půjčit peníze, že jede za strejdou do Anglie (švagr p.M., bývalý letec, zůstal po válce v Londýně). Dala mu třicet tisíc, chtěla poslat švagrovi knedlíky, protože je má rád, ale on se pak už ani neozval.

To, že by na ni synové či snacha křičeli nebo ji uhodili, neguje. Kdyby to udělali, to by se dokázala ubránit. Manželky staršího syna se bojí („víte co, já se jí bojím“), ale to proto, že mu dokáže udělat ze života peklo. Proto ona po něm nic nechce, on by ji určitě pomohl, ale snacha by se to dozvěděla a bylo by zle.

Vůbec si myslí, že ti synové jsou jen oběťmi, mohou za to ty jejich manželky. Ona je blbě vychovala, aby poslouchali a ctili manželku, tak teď to má. Poslechli. Myslí si, že starší syn ji má rád. Ten mladší je spíš mazanej, vyloudil vše, co šlo, pak už se ani neozval.

Momentální psychický stav paní M.R. je dost špatný. Je rezignovaná, rozdala vše, co měla, takže už synové ani nepřijdou. Už ji nemají o co obrat. Bojí se, že až bude nemohoucí, nikdo se o ni nepostará. Myslí si, že by se nepostaral ani nikdo z vnuků. Celá situace ji velmi trápí, v noci si povídá s manželem, který jí velice chybí. Nejhorší je to, že se rozbila rodina. Paní M.R. se cítí velice sama. Na otázku, co by chtěla, aby bylo dál, odpovídá: „Umřít...nějak tomu pomoci. Mám to pořád před sebou.“

Možná intervence: Paní M.R. nechce svou situaci nijak řešit, chtěla si o tom jen popovídat. Stejně se nic nezmění, všechno už jim dala, lásku jim poručit nemůže, tak co s tím. Když to říkala lékařce, ta jí řekla, ať na to nemyslí. Právníkovi nedůvěřuje, už ji jednou ošidil, všichni jsou stejní, žádný kontakt nechce. Zaujala ji nabídka dobrovolníka, který by jí přišel domů občas pomoci a donesl nákup. Bohužel se mi žádného nepodařilo v místě bydliště paní M.R. najít. Dala jsem jí také telefonní číslo na Senior telefon, kdyby se cítila osamělá a měla zase myšlenky na smrt, aby tam zavolala a popovídala si. Největší radost měla po našem rozhovoru z toho, že mi může půjčit knihu, kterou napsal její švagr v Londýně a kterou ona vydala. V současné době si údajně vyřizuje příspěvek na péči.

Komentář: Pachateli materiálního zneužívání jsou děti paní M.R. (děti bývají považovány za nejčastější pachatele domácí formy EAN) a jejich manželky. Opět je obtížné určit, co z majetku paní M.R. rozdala dobrovolně, a kolik si toho synové vzali sami. Paní M.R. si myslí, že si její majetek spíše vzali. Uznává, že se snažila koupit si jejich lásku, a proto jim toho hodně dala, ale pak si už brali a ani se neptali. Pravděpodobně při tom také falšovali nějaké dokumenty, o čemž svědčí to, že hledali (a našli) osobní dokumenty paní M.R. Na přístupu lékařky vidíme, že vzdělávání odborné veřejnosti je nezbytné pro pomoc obětem EAN. Nemožnost najít dobrovolníka ilustruje nedostatek potřebných služeb, který je markantní zejména v menších městech a na vesnicích.

Kasuistika 3

Paní A.S. je sedmdesátiletá rozvedená paní, která bydlí v bytě 2+1 v panelovém domě v malém městě. O jejím případě mě informovala naše společná známá, která ji také přesvědčila, aby se se mnou o své zážitky podělila. Bohužel se mi nepodařilo s paní A.S. navázat úplně dobrý kontakt. Informace, které mi sdělila ona, proto kombinuji s informacemi od naší společné známé.

Zdravotní stav paní A.S. je velmi dobrý. Je zcela samostatná ve všech oblastech svého života. Nakupuje si, vaří, pere, vypadá překvapeně, že se na to ptám. Jejím vášnivým koníčkem je plavání. Chodí plavat každý den, má permanentku do akvaparku,

v létě si jde zaplavat do rybníka. Při vyprávění o plavání výrazně ožívá. Chodí také na dlouhé vycházky do přírody.

Paní A.S. vypadá poněkud zanedbaně. I když má na sobě čisté oblečení, není vyžehlené a její brýle jsou silně špinavé. Podle informací známé někdy paní A.S. chodí ve výrazně špinavém oblečení. V bytě je dost nepořádek, ale není tam špína. Všude jsou rostliny v květináčích. Paní A.S. je hrmotné, hranaté postavy, není obézní, spíše svalnatá se silnou tělesnou konstitucí.

S manželem se paní A.S. rozvedla již před pětatřiceti lety. Manžel si našel mladší milenkou a paní A.S. opustil. Zůstal jí rodinný domek, ve kterém žila i s jejích dvěma dětmi (syny), které měla dost pozdě, byly ještě malé. Ty s ní v domku vyrůstaly a zůstaly v něm bydlet i ve své dospělosti. Vše se změnilo ve chvíli, kdy si k sobě přivedla nového partnera (pořád pracovala a cítila se hodně osamělá, pak se jí podařilo najít pana V., bylo to asi před deseti lety). Otázku, kde se seznámili, paní A.S. zamlouvá. Nejdříve o něm synové nevěděli, protože si ho paní A.S. domů nevodila. Potom šel do vězení. Když ho pustili, nastěhovala si ho paní A.S. k sobě domů, což způsobilo spory a hádky se syny. Oba se odstěhovali a paní A.S. zavrhlí. Dnes má jeden z nich rodinu a děti, ale paní A.S. svá vnoučata nevidá, na poslané dárky není z jejich strany žádná reakce. Odmítají se s paní A.S. stýkat, prý se za ni stydí.

Pan V. šel do vězení krátce po tom, co se seznámili (asi po půl roce). Paní A.S. nechce mluvit o tom, co bylo důvodem, ale z jejího dalšího povídání vyplývá, že šlo o nějaké podvody nebo krádeže (Pan V. hrál automaty a pil, pořád potřeboval peníze). Poté, co byl z vězení propuštěn (z vyprávění vyplývá, že asi po třech letech), jej vzala paní A.S. k sobě do rodinného domku. Bohužel byl velmi náročný na peníze, takže se po dalších dvou letech museli přestěhovat do bytu a domek prodat, aby měli na splacení dluhů. Navíc by jej stejně už ze svého platu neutáhla, pan V. nepracoval. Paní A.S. pracovala dlouho, přestala pracovat teprve nedávno. Pan V. pokračoval ve svém dřívějším životě, pil a hrál automaty. Zřejmě se opět dopouštěl trestné činnosti, protože před třemi lety šel opět do vězení, kde je dodnes. Paní A.S. jej tam neustále navštěvuje a nosí mu dárky.

Kromě pana V. nemá paní A.S. žádné sociální kontakty, cítí se velmi osaměle. Známa z panelového domu je velmi milá paní, paní A.S. je ráda, že tam bydlí. Nikdo jiný se tam s ní totiž nebaví. Když sousedi viděli, že má vedle sebe o dvacet let mladšího potetovaného chlapa, přestali se s ní bavit, přestali ji zdravit ve výtahu, úplně ji ignorují. Děti ji opustily, přátele žádné nemá. Jediný, kdo jí zůstal, je pan V. Ví, že jí způsobil spoustu problémů a starostí, ale je jediný, koho má. Píše jí často z vězení. Až ho pustí, vezme si ho paní A.S. k sobě zase domů.

Popis materiálního zneužívání a domácího násilí (fyzického a psychického týrání): Od chvíle, kdy se paní A.S. s panem V. seznámila, ho materiálně zajišťovala. Dávala mu peníze (které on propil a prohrál na automatech), vařila mu, oblíkala ho, nastěhovala ho k sobě do domu. Nesděluje, zda někdy pracoval nebo jestli ho k práci nějak přesvědčovala. Po dvou letech přišla o tolik majetku, že musela prodat dům, aby splatila dluhy. Přestěhovali se do bytu v panelovém domě, kde vykořisťování pokračovalo. Když paní A.S. odmítla dát panu V. peníze, vyhrožoval jí, že ji opustí. Bála se být sama, proto mu vždycky dala, co chtěl (když měla). Postupně na ni začal být

hrubý, psychicky ji týral. Smál se jí, že je hnusná a že když ji opustí, nikdo o ni nezavádí ani pohledem, zato on si lehce najde jinou, který ho bude podporovat. Říkal jí, že nebýt jeho, zůstane jako v kůl plotě, protože se na ni všichni vykašlali a věděli proč. Byl verbálně agresivní, postupně, když přišel domů opilý a rozzuřený, že se mu nepodařilo vyhrát na automatech, jí začal i dávat facky. Když mu paní A.S. dala peníze, byl pak chvíli velmi hodný a zahrnoval ji pozorností. Když peníze neměla nebo mu je odmítla dát, byl zlý a ona pak plakala. O svých problémech nikomu neřekla, styděla se, a taky se bála, že by se to dověděl a opustil by ji. Nechtěla, aby ji opustil, byl jediný, koho měla.

Potom šel zase do vězení, před třemi lety. Zase za to samé. Paní A.S. za ním často chodí a nosí mu dárky a různě mu podstrojuje. On je jí vděčný, že tam za ní chodí, říká jí, že ji má rád. Píše jí dopisy, ona se tak necítí úplně sama. Až ho pustí z vězení, vezme si její paní A.S. zase k sobě domů. Přiznává, že je jí v současnosti lépe, ale vezme si ho domů, on ví, že ona ho potřebuje a ona to taky ví. Ale teď je jí dobře, chodí plavat, může si dělat, co chce, i peněz jí zbude trošku více. Ano, posílá mu peníze do vězení, ale není to tolik, jak když pil a hrál automaty.

Možná intervence: fyzické a psychické násilí momentálně nepřetrvává, protože je násilník ve vězení (byl odsouzen za jiné delikty, ale jeho uvěznění vyřešilo (byť možná dočasně) i domácí násilí, na jehož ukončení neměla paní A.S. síly). Nejdůležitější pomocí by podle mého názoru bylo rozšíření sociálních kontaktů paní A.S., která je objektivně i subjektivně velmi sociálně izolovaná. Protože je paní A.S. zcela samostatná a pohyblivá, nabízí se možnost docházení do různých spolků pro seniory, využít by se dala i její vášeň pro plavání. Paní A.S. však nabídku odmítá (jakoby trošku hrdě), a trošku nelogicky odpovídá, že toho člověka už musí znát, aby mu opravdu věřila. Bere si ale kontakt na mne, kdyby něco potřebovala, a také na krizovou linku Senior telefon, kdyby se cítila sama nebo se rozhodla zajít někam mezi lidi, tak by tam zavolala a zeptala se na možnosti. Mám z ní však pocit, že to nemá v plánu udělat.

Komentář: tato kasuistika je příkladem domácího násilí kombinovaného s materiálním zneužíváním. Domácí násilí mělo své charakteristické znaky, odehrávalo se mezi blízkými osobami, v soukromí, bylo opakované a stupňovalo se jeho intenzita (začalo jako verbální agrese, pokračovalo fackami). Paní A.S. byla také svým přítelem psychicky vydírána, byla ponižována a přesvědčována o svojí osamělosti a nulové hodnotě. Protože se bála zůstat zcela sama, kupovala si lásku a pozornost přítele penězi, ale i vařením, praním a podobně. V současné době mu posílá bábovky a zřejmě i peníze do vězení, on jí na oplátku píše dopisy. Zdá se, že paní A.S. tento stav celkem vyhovuje, podle mého názoru se to však stále dá nazývat materiálním zneužíváním, byť paní A.S. poskytuje dary dobrovolně (ale vlastně si kupuje přízeň). Možná, kdyby se podařilo rozšířit síť sociálních kontaktů paní A.S., necítila by se tak osamělá a pana V. by opustila. Ona však jakoukoliv intervenci odmítá.

Závěr

Mým záměrem bylo, aby teoretická část této diplomové práce pokrývala syndrom špatného zacházení se starými lidmi v celé jeho šíři a komplexnosti, tedy z hlediska mnoha aspektů. Chtěla jsem vytvořit jakýsi přehled nejdůležitějších poznatků o EAN, které jsou v současnosti mezi světovou odbornou veřejností k dispozici. Z toho důvodu je tato diplomová práce nutně interdisciplinární, i když je samozřejmé, že největší pozornost jsem věnovala psychologickým aspektům. Psychologické aspekty považuji v mezioborovém charakteru syndromu EAN za nejdůležitější společně s aspekty medicínskými, sociálními a právními. Klinický obraz syndromu EAN je především psychologickou záležitostí. Podobně v intervenci EAN hraje práce psychologa klíčovou roli, a to ve vztahu k oběti, ale i k pachateli. Psycholog může také poskytovat vzdělávání v problematice EAN a zvyšovat tak povědomí o ní atd.

V první kapitole teoretické části jsem se věnovala EAN v kontextu společnosti, dále definici a prevalenci EAN a jeho mezioborové povaze. Syndrom EAN nabývá stále více na významu, starých lidí celosvětově přibývá, jejich společenská hodnota však spíše klesá. Palčivým problémem se stává ageismus, diskriminace starých lidí. To potvrzují i výstupy z rozhovorů s českými odborníky na problematiku EAN. Dále v této kapitole konstatuji, že definice i prevalence zůstává přes velké množství vykonaných výzkumů a studií nejasná, což komplikuje další práci a také sdílení výsledků výzkumu. Mezioborová povaha syndromu EAN vyžaduje, aby také prevence a intervence byla mezioborová. Ideálně by se tedy práce se syndromem EAN měly ujmout interdisciplinární týmy, které mají ve zkušebních provozech velmi dobré výsledky.

V druhé kapitole teoretické části jsem uvedla jednotlivé typy EAN. V této oblasti panuje podobný chaos jako v oblasti definice. Různí autoři zařazují pod EAN různé typy. Nejčastěji jsou to fyzické týrání, psychické týrání, materiální zneužívání, sexuální zneužívání a zanedbávání. Většinu z těchto typů uvedli také čeští odborníci, tudíž je možné tuto pětici skutečně označit za obecný konsensus, jak jsem uvedla v teoretické části. Ani jeden z odborníků spontánně nevyjmenoval sebezanedbávání, které často nebývá považováno za jeden z typů EAN, což blíže komentuji také ve čtvrté kapitole. Prevalence jednotlivých typů není shodně určena. Nejrozumnější studie a výzkumy došly

k nejrozumnějším výsledkům. Také s mých rozhovorů s českými odborníky vyplývá, že prevalence jednotlivých typů je velmi nejasná – dle svého pracovního zaměření označují za nejčastější každý jiný typ. Tyto závěry opět zdůrazňují nutnost sjednocení terminologie, definic a obsahu pojmu EAN, bez kterých nebude možné srovnávat výsledky výzkumů a získávat plnohodnotné výsledky ve výzkumech budoucích.

Ve třetí kapitole teoretické části jsem se věnovala příznakům EAN a jeho detekci. Obecné příznaky se mohou vztahovat k případům všech typů EAN, konkrétní příznaky pak k jednotlivým typům. Znalost příznaků a projevů EAN je nezbytná pro odhalování případů EAN, neboť nelze (jak popisuji v další kapitole) očekávat, že by se oběť EAN sama přihlásila o pomoc. Pro rozpoznání příznaků je však potřeba vzdělávat ty, kteří se s týranými starými lidmi mohou dostat do styku (což může být odborná i laická veřejnost). Vzdělávání však ani zdaleka není samozřejmostí. V rozhovorech s českými odborníky jsme se opakovaně dostávali k tomu, že lidé pracující v profesích, kde se mohou setkat se starými lidmi, ve většině případů vůbec netuší, že něco takového jako syndrom EAN existuje, což je ve shodě s informacemi uváděnými v teoretické části.

Ve čtvrté kapitole teoretické části se věnuji nejprve oběti špatného zacházení. Nejdříve se zmiňuji obecněji o období stáří a jeho specifických ve vztahu k EAN. Popisuji zde změny, které mohou vést k funkčnímu stavu, který je možné nazvat zranitelnost, a který je specifickým rizikovým faktorem pro EAN. Čeští odborníci jej nazývali křehkostí a všichni jej ve shodě s mými závěry uváděli jako rizikový faktor pro EAN. Dále se v této kapitole zabývám psychickými aspekty viktimizace, tedy psychickými procesy, které se odehrávají ve starém člověku poté, co se stane obětí. Z nich pak vyplývá skutečnost, že téměř všichni staří lidé mají tendenci špatné zacházení na nich páchané tajit, pokud se na něj přijde, odmítají o něm mluvit a přijmout intervenci. O tom jsem se přesvědčila při svém více než ročním shánění kasuistik. Tuto skutečnost potvrzují také čeští odborníci, jejich popis prožívání obětí EAN se také shoduje s teoretickou částí diplomové práce.

Dále jsem se v této kapitole věnovala pachateli. Nejprve jsem se snažila zjistit, kdo bývá nejčastějším pachatelem. Neexistuje zde jednoznačná odpověď, zda jsou to

v domácím prostředí děti nebo partneři. Čeští odborníci považovali za nejčastější pachatele děti obětí. Není také možné jednoznačně určit, zda k EAN dochází častěji v domácím nebo institucionálním prostředí (výzkumy tyto dva typy neporovnávaly). Záviset to bude především na tom, jaké typy špatného zacházení se považují za EAN (systémové ponižování je jevem v institucích široce rozšířeným, pokud jej budeme do EAN zahrnovat, bude pravděpodobně EAN rozšířenější v institucionálním prostředí, atd.). Někteří čeští odborníci považují institucionální EAN za velmi palčivý problém, příčiny vnímají podobně, jako jsem popisovala v teoretické části. Důležitou částí je zde podkapitola o pečovatelské roli, která bývá v mnoha případech velmi náročná a vyčerpávající. S tím se ztotožňují také čeští odborníci, z nichž většina zastává rozšířený názor, že nejčastější příčinou EAN je vyčerpání pachatele. Této teorii se věnuji také v podkapitole o příčinách a rizikových faktorech EAN, kde jsem došla k závěru, že dosud nejsou známy komplexní příčiny syndromu EAN.

Součástí čtvrté kapitoly je také podkapitola o sebezanedbávání, které je diskutabilní součástí syndromu EAN. Mnozí odborníci zvažují, zda by sebezanedbávání mělo pod EAN vůbec spadat, většina výzkumů s ním nepočítá. Podobně také čeští odborníci při rozhovorech spontánně sebezanedbávání nezmiňovali, po doplňující otázce většinou vyjádřili rozpaky, zda tento typ pod EAN vůbec patří. Ve shodě s tezemi v teoretické části práce by někteří z nich zařazovali sebezanedbávání spíše do osobní psychopatologie.

Poslední, pátá kapitola teoretické části diplomové práce je věnována intervenci EAN. Intervence je díky interdisciplinární povaze EAN záležitostí mnoha odborníků, opět jsem zdůraznila potřebu vytvářet multitýmy. O této problematice jsem hovořila s některými českými odborníky, kteří souhlasili. MUDr. Kalvach pak nastínil přitažlivou myšlenku geriatrických komunitních center, která by mohla za určitých podmínek plnit tuto roli. Dále jsem v kapitole konstatovala, že podporu je možné poskytnout pouze v případě, že o to oběť špatného zacházení stojí, což, jak jsem si také potvrdila v rozhovorech s odborníky, bývá spíše výjimkou nežli pravidlem.

V empirické části jsem se nejprve věnovala situaci v oblasti EAN ve Velké Británii. Velká Británie má již dlouholetou tradici boje se špatným zacházením se

starými lidmi, nejdůležitější úlohu v tom hraje vládní politika a také neziskové organizace, které jsou vládě důstojným a aktivním partnerem. V první kapitole empirické části tedy popisují vládní politiku zaměřenou na potírání EAN, která se odehrává ve třech rovinách (postupy zaměřené přímo na EAN, postupy zaměřené na oblast péče a postupy zaměřené na lidská práva a jejich ochranu), a dále informují o nejdůležitějších organizacích, které jsou součástí systému potírání EAN ve Velké Británii.

V další kapitole pak v empirické části rozebírám situaci v České republice, a to v podobných kategoriích jako v kapitole předchozí (uvádím tedy vládní politiku i organizace, které se ve své činnosti alespoň částečně zabývají syndromem EAN). Konstatuji zde, že syndrom EAN je v České republice stále na pokraji zájmu, jediným pozitivem jsou aktivity několika málo odborníků a také organizací. Ti všichni se však tématu EAN nevěnují primárně, představuje pro ně maximálně menší část jejich činnosti.

Mezi těmito odborníky jsem pak hledala ty, kteří by byli ochotní mi poskytnout rozhovor. V této oblasti se odkláním od původního zadání diplomové práce, při jehož tvorbě jsem si nebyla dostatečně vědoma toho, jak obtížné je získávání kasuistik obětí EAN, jak obtížné je najít ty, kteří by byli ochotni povyprávět mi o mnohdy nejintimnějším a nejhorším zážitku, který se jim v životě odehrál. Spoléhat jsem nemohla ani na odborníky a organizace, kteří s takovými oběťmi pracují, protože jsou vázáni mlčenlivostí. V důsledku tedy naprostá většina lidí, jichž se špatné zacházení týkalo, rozhovor se mnou odmítla. Po konzultaci s vedoucí diplomové práce jsem se rozhodla nahradit je právě rozhovory s odborníky na tuto problematiku u nás.

Nyní si myslím, že kapitola, která se věnuje obsahové analýze polostrukturovaných rozhovorů, je důstojným a plnohodnotným zastoupením kasuistik, které se mi nepodařilo získat. Z rozhovorů s odborníky jsem vytěžila obrovské množství osvětlujících i inspirujících informací, které mi pomohly utvořit si lepší obrázek o situaci v České republice, pomohly mi potvrdit mnohé závěry z teoretické části práce, ale také mě v mnohém inspirovaly do budoucna. Podařilo se mi získat šest odborníků z celkových jedenácti oslovených, což považuji za velký úspěch. S ostatními pěti se mi

z nejrůznějších důvodů bohužel nepodařilo rozhovor uskutečnit. Odborníky jsem vybírala podle toho, nakolik EAN spadá do oblasti jejich zájmu, ale také podle toho, nakolik se mi na ně podařilo získat kontakt. Zpětně musím jako největší přínos ocenit rozhovor s MUDr. Kalvachem, během něhož jsem získala nejen největší množství cenných informací, ale také jsem si utřídila v hlavě mnohé myšlenky potřebné pro zpracování některých míst empirické části.

Po obsahové analýze jsem pak přistoupila k závěrečné kapitole, v níž jsem při tvorbě návrhů a doporučení pro další postup v České republice využila všechny poznatky, které se mi podařilo během let shromáždit. Opět bych zdůraznila přínos rozhovorů s odborníky, které mi poskytly vhled do oblastí, v nichž jsem se orientovala pouze po teoretické stránce. Po zvážení skutečného stavu syndromu EAN v České republice jsem pak přistoupila k návrhům, co by bylo možné převzít z politiky Velké Británie. U nich může začít uvažování o prvních krocích boje proti EAN ve chvíli, kdy se podaří v České republice tento proces nastartovat.

Na úplný závěr uvádím tři kasuistiky, které se mi podařilo v průběhu ročního intenzivního shánění získat. Ve zkratce zde uvádím také intervenci, kterou jsem konkrétním obětem nabídla, a také jejich reakci na mé nabídky. Obtížnost při shánění kasuistik ilustruje tendenci obětí EAN špatné zacházení tajit a reakce na intervenci ilustrují tendenci odmítat pomoc. Všechny tři kasuistiky se týkají materiálního zneužívání, což může znamenat dvě věci: buď, že je případů materiálního zneužívání nejvíc, nebo že je nejsnadněji sdělitelné.

V průběhu práce na diplomové práci jsem se setkávala s mnohými kladnými reakcemi na to, že se problematikou špatného zacházení se starými lidmi zabývám, i se zájmem o jednotlivé výstupy z diplomové práce i o práci jako takovou. Tento zájem byl nejdůležitější motivací mého snažení, protože mi naznačoval, že práce na tématu EAN má smysl. Chtěla bych zde tedy vyjádřit naději, že má diplomová práce bude alespoň v něčem užitečná.

Seznam použité literatury

ACIERNO, Ron, et al. Assessing elder victimization : demonstration of a methodology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 2003, vol. 38, is. 11 [cit. 2007-08-04], s. 644-653. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.

Action on Elder Abuse [online]. c2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.elderabuse.org.uk/>>.

Action on Elder Abuse, Better Government for Older People. *Placing elder abuse within the context of citizenship : A Policy Discussion Paper* [online]. 2004 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.elderabuse.org.uk/Media%20and%20Resources/Useful%20downloads/AEA/BGOP%20AEA%20Report.pdf>>.

Action on Elder Abuse. *Hidden voices : Older People's Experience of Abuse : An Analysis of Calls to the Action on Elder Abuse Helpline*. London : Age Concern, 2004.

Action on Elder Abuse. *Memorandum on Elder Abuse* [online]. 2003 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.elderabuse.org.uk/Media%20and%20Resources/Useful%20downloads/Health%20Select%20Committee/Health%20Committee%20AEA.pdf>>.

Age Concern [online]. c2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.ageconcern.org.uk/>>.

AKERSTROM, Malin. Slaps, Punches, Pinches - But not Violence : Boundary-Work in Nursing Homes for the Elderly. *Symbolic Interaction* [online]. 2002, vol. 25, no. 4 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.

ALFORD, Dolores M. Legal Issues in Gerontological Nursing. Part 1 : Abuse and Neglect of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2006, vol. 32, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 10-12. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.

Amnesty International Česká republika [online]. 2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.amnesty.cz/>>.

ANETZBERGER, Georgia J. Caregiving : Primary cause of elder abuse? *Generations* [online]. 2000, vol. 24, is. 2 [cit. 2007-08-04], s. 46-51. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.

ANETZBERGER, Georgia J. Elder abuse as a family construct. *The Gerontologist* [online]. 2000, vol. 40, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 500-502. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.

Antidiskriminace.romea.cz. Stehliková: Vláda dává dohromady údaje o zneužívání seniorů [online]. 15.06.2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://antidiskriminace.romea.cz/view.php?cislocclanku=2007060033>>.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha : Grada Avicenum, 1994. 317 s. ISBN 80-7169-070-8.

- BEDNÁŘOVÁ, Zdena. Specifika práce s oběťmi domácího násilí. *Policista*. 2006, č. 1, s. 1. Dostupný z WWW: <<http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/2006/01/domnas.html>>.
- BERGERON, L. Rene, GRAY, Betsey. Ethical dilemmas of reporting suspected elder abuse. *Social Work* [online]. 2003, vol. 48, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 96. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0037-8046.
- BERGERON, Rene. Servicing the needs of elder abuse victims. *Policy & Practice of Public Human Services* [online]. 2000, vol. 58, is. 3 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.
- Bílý kruh bezpečí* [online]. [2007] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.bkb.cz/index.php>>.
- BLAKELY, B.E., DOLON, Ronald. A Test of Public Reactions to Alleged Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 43-65. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.
- BOHÁČKOVÁ, Karla. Násilí na seniorech očima poskytovatele sociálních služeb. In *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, s. 27-32.
- BROWNELL, Patricia, PODNIEKS, Elizabeth. Long-overdue recognition for the critical issue of elder abuse and neglect : a global policy and practice perspective. *Brief Treatment and Crisis Intervention* [online]. 2005 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.
- BUTLER, Robert N. Warning signs of elder abuse. *Geriatrics* [online]. 1999, vol. 54, is. 3 [cit. 2006-12-16], s. 3-4. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-867X.
- Cesta domů* [online]. 2005 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/>>.
- COLLINS, Kim A. Elder maltreatment : a review. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* [online]. 2006, vol. 130, is. 9 [cit. 2007-08-04], s. 1290-1296. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.
- Combating Abuse. *Nursing* [online]. 2000, vol. 30, is. 7 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.
- Comic Relief* [online]. 2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.comicrelief.com/>>.
- COMIJS, Hannie C., et al. Risk Indicators of Elder Mistreatment in the Community. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 67-76. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.
- Commission for Social Care Inspection. *A CSCI Fact Sheet : Abuse of older people - What you can do to stop it* [online]. [2005] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.csci.org.uk>.

Commission for Social Care Inspection. *Care homes for older people : national minimum standards* [online]. 2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.csci.org.uk>.

CONLIN-SHAW, Mary M. Nursing Home Resident Abuse by Staff : Exploring the Dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 1-21. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.

Česká alzheimerovská společnost [online]. 2004 , 3/13/2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/>>.

Česká gerontologická a geriatrická společnost [online]. 2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.cggs.cz/cz/Home/>>.

Český helsinský výbor [online]. 2002 , 2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.helcom.cz/>>.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila, VITOUŠOVÁ, Petra. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů : Příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

DALTON, Aaron. Family Violence : Recognizing the Signs, Offering Help. *PT Alexandria* [online]. 2005, vol. 13, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 34-40. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1065-5077.

Department of Health. *Dignity in Care* [online]. 2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Socialcare/Dignityincare/index.htm>>.

Department of Health. *New £431,000 funding boost for charity action on elder abuse* [online]. 2004 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4077175>.

Department of Health. *No secrets: guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse*. 2000 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008486>.

Domov Sue Ryder [online]. 2004 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.sue-ryder.cz/>>.

DOUGLASS, Harry. The development of practice theory in adult protection intervention: insights from a recent research project. *The Journal of Adult Protection* [online]. 2005, vol. 7, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 32-45. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1466-8203.

Elpida [online]. [2007] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.elpida.cz/>>.

ERLINGSSON, Christen L., SAVEMAN, Britt-Inger, BERG, Agneta C. Perceptions of elder abuse in Sweden : voices of older persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention* [online]. 2005 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu : Jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.

FILINSON, Rachel. "No Secrets" and Beyond : Recent Elder Abuse Policy in England. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2006, vol. 18, no. 1, s. 1-18.

FISHER, Bonnie S., REGAN, Sandra L. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist* [online]. 2006, vol. 46, no. 2 [cit. 2007-08-04], s. 200-209. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.

FISHER, J.W.; DYER, C.B. The hidden health menace of elder abuse : Physicians can help patients surmount intimate partner violence. *Postgraduate Medicine* [online]. 2003, vol. 113, iss. 4, p. 21 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.umi.com>>.

FULMER, Terry, et al. 2005a. Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist* [online]. 2005, vol. 45, no. 4 [cit. 2007-08-04], s. 525-534. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.

FULMER, Terry, et al. 2005b. Neglect Assessment in Urban Emergency Departments and Confirmation by an Expert Clinical Team. *Journal of Gerontology : Medical Sciences* [online]. 2005, vol. 60A, no. 8 [cit. 2007-08-04], s. 1002-1006. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1079-5006.

FULMER, Terry, et al. Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. *The Gerontologist* [online]. 2003, vol. 43, is. 5 [cit. 2007-08-04], s. 745. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.

FULMER, Terry. 2003a. Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2003, vol. 29, is. 6 [cit. 2007-08-04], s. 4. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.

FULMER, Terry. 2003b. Try this : Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2003, vol. 29, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 8-10. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.

GIBBONS, Susanne, LAUDER, William, LUDWICK, Ruth. Self-neglect : a proposed new NANDA diagnosis. *International journal of nursing terminologies and classifications* [online]. 2006, vol. 17, no. 1 [cit. 2007-08-04], s. 10-18. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.

GOERGEN, Thomas. A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection* [online]. 2004, vol. 6, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 15-25. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1466-8203.

GRAY-VICKREY, Peg. Protecting the older adult. *Nursing* [online]. 2000, vol. 30, is. 7 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

GRAY-VICKREY, Peg. Recognizing elder abuse. *Nursing* [online]. 1999, vol. 29, is. 9 [cit. 2007-08-04], s. 52-53. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0360-4039.

- HABART, Pavel. *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha, 2006. 236 s. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí dizertační práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- HARDIN, Eugene, KHAN-HUDSON, Alia. Elder Abuse - "Society's Dilemma". *Journal of the National Medical Association* [online]. 2005, vol. 97, no. 1 [cit. 2007-08-04], s. 91-94. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0027-9684.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 407 s.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Starý člověk v rodině. *Praktický lékař*. 2000, roč. 80, č. 1, s. 43-44.
- Help the Aged* [online]. 2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.helptheaged.org.uk/>>.
- HICKEY, Tom, DOUGLASS, Richard L. Mistreatment of the elderly in the domestic setting : an exploratory study. *American Journal of Public Health* [online]. 1981, vol. 71, no. 5 [cit. 2007-08-04], s. 500-507. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>. ISSN 0090-0036.
- HIRIGOYEN, Marie-France. *Psychické násilí v rodině a zaměstnání*. Praha: Academia, 2002. 229 s. ISBN 80-200-0994-9.
- HOGSTEL, Mildred O., CURRY, Linda C. Elder Abuse Revisited. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 1999, vol. 25, is. 7 [cit. 2007-08-04], s. 10-18. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Syndrom špatného zacházení se starými lidmi: Elder Abuse and Neglect – EAN* [online]. Praha: Gerontologické centrum v Praze 8 – Kobylisích, c2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/old/syndrom.html>>.
- HOPKINS, Graham, SMITH, Jef. Abused by her grandson. *Community care* [online]. 2004, is. 1543 [cit. 2007-08-04], s. 48-49. Dostupný z WWW: <<http://www.ebsco.com/home/>>. ISSN 0307-5508.
- HORSÁKOVÁ, Barbora. *Ústní sdělení*. Občanské sdružení Život 90. Praha: 2007.
- House of Commons Health Committee. *Elder Abuse : Second Report of Session 2003-2004*. [s.l.] : [s.n.], 2004. 65 s. s. Dostupný z WWW: <<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/111/111.pdf>>.
- HUDSON, Margaret F. Elder Abuse : Update on Research. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 93-95. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.
- CHADDA, Dolly. Inquiry calls for checks on staff who work with elderly. *British Medical Journal* [online]. 1999, vol. 318, is. 7179 [cit. 2007-08-04], s. 283. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0959-8146.

Institut pro kriminologii a sociální prevenci [online]. [2007] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.ok.cz/iksp/index.html>>.

JAROLÍMOVÁ, Eva. *Vybrané psychologické aspekty stárnutí a stáří se zaměřením na demence Alzheimerova typu*. Praha, 2002. 177 s. , 6 s. příl. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, katedra psychologie. Vedoucí diplomové práce Lenka Šulová.

JOGERST, Gerald J., et al. Domestic Elder Abuse and the Law. *American Journal of Public Health* [online]. 2003, vol. 93, is. 12 [cit. 2007-08-04], s. 21-31. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>. ISSN 0090-0036.

JOGERST, Gerald J., et al. Elder Abuse and the Law : New Science, New Tools. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* [online]. 2004, vol. 32, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 62-63. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1073-1105.

KAHAN, Fay S., PARIS, Barbara E.C. Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mount Sinai Journal of Medicine* [online]. 2003, vol. 70, is. 1 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

KALVACH, Zdeněk, HRABĚTOVÁ, Eva. *Senior a já...já a senior?.* [s.l.] : Společnost přátelství všem generacím, 2005. 72 s. Dostupný z WWW: <<http://www.spvg.cz/index.php?id=9>>.

KALVACH, Zdeněk. *Demence a další křehkosti na konci života : geriatrická problematika paliativní péče* [online]. [2006] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.cestadomu.cz/res/data/008/001076.doc>.

KALVACH, Zdeněk. Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. *Časopis lékařů českých*. 1997, roč. 136, č. 6, s. 170-173.

KALVACH, Zdeněk. *Ústní sdělení*. 3. interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Praha: 2007.

KOMÁREK, Michal. Pomalí a drazí senioři. *Reflex* [online]. 2006, č. 41 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.reflex.cz/scripts/modules/issues/artlist.php?issueid=413>>.

KOSAŘOVÁ, Jana. *Ústní sdělení*. Občanské sdružení Život 90. Praha: 2007.

KOSBERG, Jordan I. The abuse of elderly men. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 69-88. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.

KOVAŘÍK, Jiří, DUNOVSKÝ, Jiří. *Popis jednotlivých forem domácího násilí, analýza jejich příčin, prevence: závěrečná zpráva výzkumného projektu RM 01/15/04 MZV ČR*. 2005. 91 s. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

KRAJNÍK, Václav. Násilie na senioroch – kriminologické a trestnoprávne hľadiska. In *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, s. 61-63.

KRAMER, Maeona K. Self-characterizations of Adult Female Informal Caregivers : Gender Identity and the Bearing of Burden. *Research and Theory for Nursing Practice : An International Journal* [online]. 2005, vol. 19, no. 2 [cit. 2007-08-04], s. 137-161. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0889-7182.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1989. 107 s.
- KUNSTOVÁ, Helena. *Problematika porušování práv seniorů v českém prostředí v letech 2000-2004* 2005 [cit. 2007-08-04]. Český helsinský výbor. Dostupný z WWW: <<http://www.helcom.cz/>>.
- LACHS, Mark S., et al. Adult Protective Service Use and Nursing Home Placement. *The Gerontologist* [online]. 2002, vol. 42, no. 6 [cit. 2007-08-04], s. 734-739. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.
- LACHS, Mark S., PILLEMER, Karl. Elder Abuse. *Lancet* [online]. 2004, vol. 364, is. 9441 [cit. 2007-08-04], s. 1263-1272. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>. ISSN 0099-5355.
- LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998, s. 267-295. ISBN 80-7169-195-X.
- LEVINE, Jeffrey M. Elder neglect and abuse : A primer for primary care physicians. *Geriatrics* [online]. 2003, vol. 58, is. 10 [cit. 2007-08-04], s. 37. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-867X.
- LINHARTOVÁ, Dagmar. Senioři v ohrožení : Otázky pro Mgr. Jitku Gjuričovou, ředitelku odboru prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR. *Policista*. 2007, č. 6, s. 6-7.
- LITOMERICKÝ, Štefan; KRAJČÍK, Štefan. *Starý člověk v rodině*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1991. 45 s.
- MACHÁČKOVÁ, Radka. Práva starších osob v České republice pohledem právníka. In *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK Praha, 2000. 61 s. ISBN 80-238-5875-0.
- MACHÁLKOVÁ, Jana. Také staří lidé trpí a neumí se bránit. *MF Dnes*. 2003-09-03, s. A/7.
- MALLEY-MORRISON, Kathleen, YOU, Hyo S., MILLS, Robert B. Young adult attachment styles and perceptions of elder abuse : A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* [online]. 2000, vol. 15 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.
- MANTHORPE, Jill, et al. Select questions : considering the issues raised by a Parliamentary Select Committee Inquiry into elder abuse. *The Journal of Adult Protection* [online]. 2005, vol. 7, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 19-29. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1466-8203.
- MARSHALL, Charles E., BENTON, Donna, BRAZIER, Joselynn M. Elder abuse : Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics* [online]. 2000, vol. 55, is. 2 [cit. 2007-08-04], s. 42-53. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-867X.
- MARTINKOVÁ, Milada. *Minimální počty PČR evidovaných obětí trestné činnosti ve věku nad 60 let v České republice v r.2005*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 1 s.

MARTINKOVÁ, Milada. *Ústní sdělení*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 2007.

McCREADIE, Claudine. Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings : An Annotated Bibliography. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1997, vol. 9, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 90-92. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.

McCREADIE, Claudine. *Making connestions: good practice in the prevention and management of elder abuse : Learning from SSI inspection reports in community and residential care settings*. [s.l.] : [s.n.], 2001. 48 s. Dostupný z WWW: <http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsInspectionReports/DH_4009016>.

MEEKS-SJOSTROM, Diana. A Comparison of Three Measures of Elder Abuse. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2004, vol. 36, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 247-250. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 1527-6546 .

MIKOS, Cynthia A. "Alleged perpetrator" of neglect : a classification to avoid. *The Florida Nurse* [online]. 1999, vol. 47, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 23-24. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0015-4199.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007a. *Intervenční centra* [online]. 2007 [cit. 2007-07-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/4228>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007b. *Novela zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [s.l.] : [s.n.], 2007. 8 s. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4229/novela_108-2006-Sb.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007c. *Unikátní vzdělávání pracovníků sociální péče* [online]. c2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/3816>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007* [online]. c2005 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní zpráva o rodině*. [s.l.] : [s.n.], 2004. 226 s. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf>.

MOSQUEDA, Laura, et al. Advancing the Field of Elder Mistreatment : A New Model for Integration of Social and Medical Services. *The Gerontologist* [online]. 2004, vol. 44, no. 5 [cit. 2007-08-04], s. 703-708. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.

MOSS, K. Elder Abuse and Neglect in Long-Term Care : How Much Do We Really Know?. *The Gerontologist* [online]. 2004, vol. 44, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 157. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.

Naděje [online]. 2006 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.nadeje.cz/>>.

NENO, Rebecca, NENO, Marcus. Identifying abuse in older people. *Nursing Standard* [online]. 2005, vol. 20, no. 3 [cit. 2007-08-04], s. 43-47. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

- NERENBERG, Lisa. Developing a service response to elder abuse. *Generations* [online]. 2000, vol. 24, is. 2 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.
- O'KEEFFE, Madeleine, et al. *UK Study of Abuse and Neglect of Older People : Prevalence Survey Report* [online]. 2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.comicrelief.com/docs/elder-abuse/ComicRelief-ElderAbuse-Full.pdf>>.
- Občanské sdružení Gema [online]. 2005 , 03-04-2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/>>.
- Občanské sdružení Život 90 [online]. 2002 , 9.5.2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.zivot90.cz/>>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Factbook 2007 : Economic, Environmental and Social Statistics* [online]. 2007 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://miranda.sourceoecd.org/vl=1927800/cl=34/nw=1/rpsv/factbook/>>.
- Oxfordshire County Council. *General Guidance for Investigation and Practice : The Oxfordshire Multi-Agency Codes of Practice for the Protection of All Vulnerable Adults from Abuse, Exploitation & Mistreatment*. [s.l.] : [s.n.], 2002. 29 s.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku? : Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha : Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7174-486-1.
- PARIS, Barbara. Abuse and Neglect...so prevalent yet so elusive. *Geriatrics* [online]. 2003, vol. 58, is. 10 [cit. 2007-08-04], s. 10. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-867X.
- PAYNE, Brian K., BERG, Bruce L., TOUSSAINT, Jeff. The police response to the criminalization of elder abuse : An exploratory study. *Policing* [online]. 2001, vol. 24, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 605-625. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.
- Pečující on-line [online]. [2007] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.pecujici.cz/>>.
- PĚCHA, František. Právní ochrana proti násilí na seniorech. In *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, s. 39-43.
- PICHAUD, Clément; THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PILÁTOVÁ, Jana. *Ústní sdělení*. Občanské sdružení Život 90. Praha, 2007.
- PINKNEY, Lisa. The many guises of elder abuse. *Community care* [online]. 2005, is. 1563 [cit. 2007-08-04], s. 36-37. Dostupný z WWW: <<http://www.ebsco.com/home/>>. ISSN 0307-5508.
- PITRÁK, Robert. *Ústní sdělení*. Občanské sdružení Život 90. Praha: 2007.
- Practitioner Alliance Against Abuse of Vulnerable Adults [online]. [2007] [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.pavauk.org.uk/>>.

Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál? Praha: HESTIA, 1998. 64 s.

QUINN, Kathleen. Identify Elderly Victims of Sexual Abuse. *Psychotherapy Letter* [online]. 1995, vol. 7, is. 3 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

RAMSEY-KLAWSNIK, Holly. Elder-abuse offenders : a typology. *Generations* [online]. 2000, vol. 24, is. 2 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

REIS, Myrna, NAHMIASH, Daphne. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist* [online]. 1998, vol. 38, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 471-480. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.

REIS, Myrna. An Abuse-Alert Measure That Dispels Myths. *Generations* [online]. 2000, vol. 24, is. 2 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

ROE, Brenda. Protecting older people from abuse. *Nursing Older People* [online]. 2002, vol. 14, no. 9 [cit. 2007-08-04], s. 14-18. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.

SADOVSKY, Richard. Recognition and management of elder mistreatment. *American Family Physician* [online]. 1999, vol. 60, is. 9 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

SHAW, Mary M. Conlin. Nursing Home Resident Abuse by Staff : Exploring the Dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 1-21. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.

SHUGARMAN, Lisa R., et al. Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2003, vol. 51, no. 1 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.

STABLEFORD, Joan. Neglect is a hidden aspect of elder abuse. *Fairfield County Bussiness Journal* [online]. 2005 [cit. 2007-08-04], s. 13-14.

STEIN, Karen F. Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons : Strategies for Assessment and Intervention. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1997, vol. 8, is. 4 [cit. 2007-08-04], s. 77-79. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0098-9134.

STOJANOVÁ, Jarmila, KALVACH, Zdeněk. *Ochrana lidských práv seniorů* [online]. Český helsinský výbor. 2001 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.helcom.cz/>>.

STOJANOVÁ, Jarmila. *Postavení a práva seniorů* [online]. 1999 [cit. 2007-08-04]. Český helsinský výbor. Dostupný z WWW: <<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2003061919&PHPSESSID=896f9a3f7ac364bdecef05b52822b823>>.

STURDY, Deborah. Tackling abuse requires awareness, accountability, action. *Nursing Older People* [online]. 2005, vol. 17, is. 1 [cit. 2007-08-04], s. 3. Dostupný z WWW: <<http://www.ebsco.com/home/>>. ISSN 1472-0795.

- SWAGERTY, Daniel L. Jr., TAKAHASHI, Pauly, EWANS, Jonathan M. Elder Mistreatment. *American Family Physician* [online]. 1999, vol. 59, is. 10 [cit. 2007-08-04], s. 2804. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0002-838X.
- ŠEVČÍK, Drahomír. Problematika domácího násilí z pohledu Bílého kruhu bezpečí. In *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, s. 15-19.
- ŠULOVÁ, Lenka. Člověk v rodině. In *Aplikovaná sociální psychologie I : Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál, 1998, s. 303-342.
- ŠULOVÁ, Lenka. *Ústní sdělení*. Katedra psychologie FF UK. Praha: 2007.
- TATARA, T. Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data : summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging agencies. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1993, vol. 5, is. 4, s. 35-57.
- TAYLOR, D. Kay, et al. Assessing Barriers to the Identification of Elder Abuse and Neglect : A Communitywide Survey of Primary Care Physicians. *Journal of the National Medical Association* [online]. 2006, vol. 98, no. 3 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>.
- TEASTER, Pamela B., ROBERTO, Karen A. Sexual Abuse of Older Adults : APS Cases and Outcomes. *The Gerontologist* [online]. 2004, vol. 44, no. 6 [cit. 2007-08-04], s. 788-796. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.
- THOMPSON, Heather, PRIEST, Ronnie. Elder abuse and neglect : considerations for mental health practitioners. *Adultspan : Theory Research & Practice* [online]. 2005, vol. 4, is. 2 [cit. 2007-08-04], s. 116-127. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>. ISSN 1524-6817.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002a. *Ageismus : průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK Praha a FNKV Praha 10, 2002. 45 s. Dostupný z WWW: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=197775>>. ISBN 80-238-9506-0.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002b. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK Praha, 2002. 61 s. ISBN 80-238-5875-0.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ústní sdělení*. Ambulance pro poruchy paměti. Praha: 2006.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ústní sdělení*. Ambulance pro poruchy paměti. Praha: 2007.
- TRAGER, Cara S. City, nonprofits battle hidden elder-abuse crisis. *Crain's New York Business* [online]. 2005, vol. 21, is. 43 [cit. 2007-08-04], s. 32. Dostupný z WWW: <<http://www.ebsco.com/home/>>. ISSN 8756-789X.
- UNDERWOOD, Reta A. Good reasons to take elder abuse seriously. *Nursing Homes : Long Term Care Management* [online]. 2005, vol. 54, is. 9 [cit. 2007-08-04], s. 106-108. Dostupný z WWW: <<http://www.ebsco.com/home/>>. ISSN 1061-4753.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie : Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

- VANÍČKOVÁ-HORNÍKOVÁ, Lucie. *Ústní sdělení*. Intervenční centrum Rakovník. 2007.
- VINTON, Linda. Gender Issues in Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* [online]. 1998, vol. 9, is. 3 [cit. 2007-08-04], s. 100-101. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0894-6566.
- VYKOPALOVÁ, Hana, et al. *Násilí na seniorech : sborník příspěvků z pracovního semináře*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 64 s. ISBN 80-244-0409-5.
- VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie I: Člověk a sociální instituce*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.
- Welsh Assembly Government. *In Safe Hands: Implementing Adult Protection Procedures in Wales*. 2000 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <http://wales.gov.uk/about/departments/dhss/publications/social_services_publications/reports/insafehands?lang=en>.
- WHITE, Stephanie W. Elder abuse : critical care nurse role in detection. *Critical Care Nursing Quarterly* [online]. 2000, vol. 23, is. 2 [cit. 2007-08-04], s. 20-26. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>. ISSN 0887-9303.
- WIELAND, Diane. Abuse of Older Persons : An Overview. *Holistic Nursing Practice* [online]. 2000, vol. 14, no. 4 [cit. 2007-08-04], s. 40-50. Dostupný z WWW: <<http://www.epnet.com/>>.
- WIGLESWORTH, Aileen, et al. Findings From an Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist* [online]. 2006, vol. 46, no. 2 [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.proquest.com/>>.
- WOLF, Rosalie S. Suspected abuse in an elderly patient. *American Family Physician* [online]. 1999, vol. 59, is. 5 [cit. 2007-08-04], s. 1319-1320. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0002-838X.
- WOOD, Stacey, STEPHENS, Mary. Vulnerability to elder abuse and neglect in assisted living facilities. *The Gerontologist* [online]. 2003, vol. 43, is. 5 [cit. 2007-08-04], s. 753. Dostupný z WWW: <www.proquest.com>. ISSN 0016-9013.
- WOOLF, Linda M.. *Elder Abuse and Neglect* [online]. Webster University, c1998 [cit. 2006-12-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.webster.edu/~woolfm/abuse.html>>.
- Život 90. *Statistiky týrání/zneužívání 2006*. Praha: Život 90, 2006.
- Život 90. *Stop násilí na seniorech: informační kampaň o.s Život 90* [online]. Praha: Život 90, c2006. [cit. 2007-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.zivot90.cz/>>.

Seznam příloh

Příloha 1: Procentní podíl populace ve věku 65 let a více v zemích OECD

Příloha 2: Výskyt jednotlivých typů EAN v institucích

Příloha 3: Příznaky jednotlivých typů EAN

Příloha 4: Příznaky EAN v rámci screeningového vyšetření pomocí IOA

Příloha 5: Statistiky z krizové linky Senior telefon za rok 2006

Příloha 6: Potenciální účastníci multidisciplinárního intervenčního týmu

Příloha 7: Možný postup intervence v potvrzených případech EAN

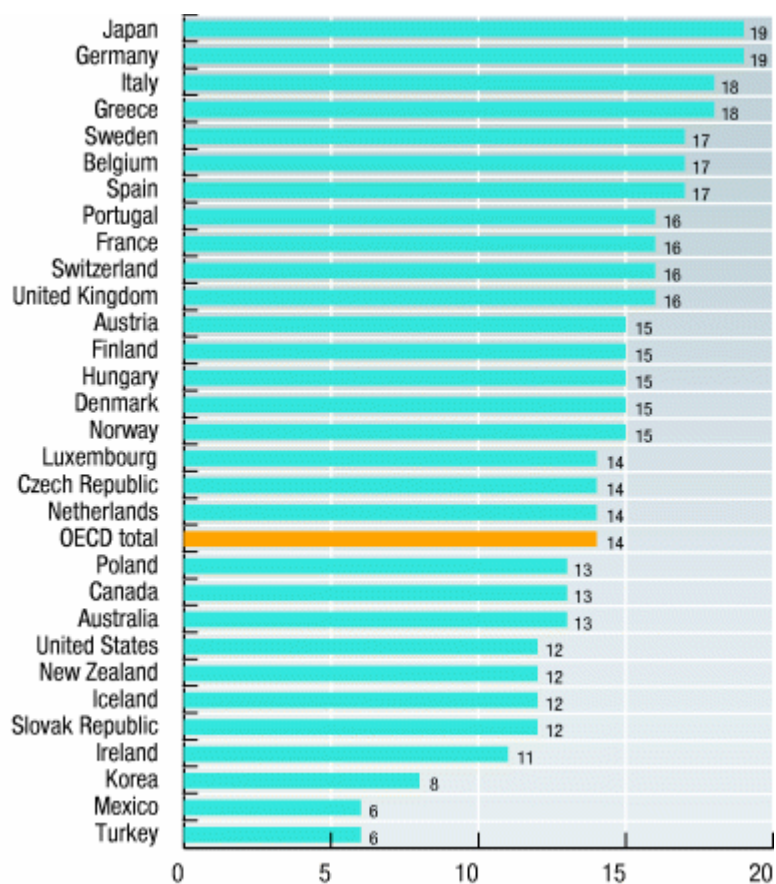
Příloha 8: Informační leták občanského sdružení Život 90

Příloha 9: Statistiky evidovaných obětí trestných činů nad 60 let v roce 2005

Příloha 10: Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1

Procentní podíl populace ve věku 65 let a více v zemích OECD



Převzato z **OECD Factbook 2007 : Economic, Environmental and Social Statistics**
(Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007).

Příloha 2

Výskyt jednotlivých typů EAN v institucích

Analýza rozhovorů: chování ohlášené ošetřujícím personálem (jako aktéři/pozorovatelé) (Dosavadní zkušenost s EAN; 81 rozhovorů v pečovatelských domech, Německo, 1999/2000)				
Chování směřované proti residentovi	subjekt jako aktér		subjekt jako pozorovatel	
Fyzické týrání	16	(19,8%)	17	(21,0%)
Psychické týrání / verbální agrese	30	(37,0%)	46	(56,8%)
Nepřiměřené použití mechanických omezovacích prostředků	12	(14,8%)	9	(11,1%)
Nepřiměřené použití chemických omezovacích prostředků	10	(12,3%)	17	(21,0%)
Zanedbávání péče	22	(27,2%)	32	(39,5%)
Psychosociální zanedbávání	29	(35,8%)	29	(35,8%)
Paternalismus / infantilizace	46	(56,8%)	38	(46,9%)
Alespoň jeden z typů chování 1-6	57	(70,4%)	62	(76,5%)
Alespoň jeden z typů chování 1-7	57	(70,4%)	63	(77,8%)

Viktimizace residentů ošetřujícím personálem během posledních 12 měsíců (Průzkum mezi ošetřovateli, N=361, Německo, 2001)				
	Sdělená ano	% ano	Pozorovaná ano	% ano
Fyzické týrání	85	23,5	126	34,9
Psychické týrání / verbální agrese	194	53,7	223	61,8
Nepřim. použití mech. omez. prostředků	102	28,3	142	39,3
Nepřim. použití chem. omez. prostředků	20	5,5	45	12,5
Zanedbávání péče	194	53,7	215	59,6
Psychosociální zanedbávání	107	29,6	123	34,1
Sexuální zneužívání nebo obtěžování	0	-	4	1,1
Alespoň jeden z typů chování 1-7	258	71,5	257	71,2

Tabulka 5 Nejčastěji ohlášené typy viktimizace residentů ošetřujícím personálem během posledních 12 měsíců (Průzkum mezi ošetřovateli, N=361, Německo, 2001)	
Ohlášený typ chování	% ano
Křik na residenta	31,0
Nadávání residentovi	30,7
Ponechání nehybného residenta v nezměněné poloze	29,1
Zanedbávání residentovy ústní hygieny	28,0
Záměrné ignorování residenta	25,8
Záměrné hrubé zacházení s residentem	18,0
Zamezení residentovi používat tísňové tlačítko	16,3
Mluví s residentem jako s dítětem	15,5
Záměrně nechává residenta čekat na pomoc	15,0

Převzato z **GOERGEN, Thomas : *A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes*** (GOERGEN,2004, s.3-6).

Příloha 3

Příznaky jednotlivých typů EAN

Příznaky fyzického týrání:

- časté návštěvy pohotovosti s traumatickými zraněními;
- otálení s návštěvou lékaře a léčbou zranění nebo nemoci;
- starý člověk se nechce před nikým svléci nebo koupat, protože by dotyčný spatřil zranění, nebo se pokouší při vyšetření ukryt určitou část těla;
- mnohočetná zranění v různých stádiích hojení;
- zranění na trupu, břiše, genitáliích, hýždích, stehnech, mohou mít pravidelný vzor (pruhy od bití páskem) nebo tvar (žehlička atd.), mohou se vyskytovat paralelně na obou stranách (například na kotnících a zápěstích po přivazování, na rukou po hrubém třesení)
- zranění mohou být tato:
 - o podlitiny, modřiny a monokly, zvláště pokud se vyskytují na nezvyklých místech (například krk, slabiny, popřípadě třísla), většina podlitin způsobená náhodným zraněním vzniká v oblasti čela, kolen, holenních kostí a loktů;
 - o zlomeniny (končetin, čelisti, klíční kosti, nosu atd.), výmluvné jsou spinální zlomeniny (způsobené kroucením) a štěpné zlomeniny (způsobené přímým úderem);
 - o ztráta vlasů nebo krvácení pod křivkou vlasů (důsledek tahání za ně). Může jít také o červenání a zduření v zadní nebo boční části kštiny;
 - o popáleniny (často na chodidlech, dlaních, hýždích), může jít o popáleniny horkou vodou (tvar rukavice nebo punčochy na končetinách), cigaretou nebo doutníkem (malé kulaté popáleniny), horkým předmětem jako je žehlička nebo pánev;
 - o spáleniny od provazu na končetinách, krku nebo těle, které mohou být způsobené dlouhodobým uvázáním nebo omezením;
 - o škrábance, šrámy;
 - o kousance;
 - o vyložené zuby, tržné rány nebo odřeny v ústech;
 - o výrony a dislokace způsobené tahem nebo tlakem;
 - o otoky a červená místa;
 - o vpichy, jizvy;
 - o tržné rány a jiné.

Příznaky psychického týrání:

- zmatení a dezorientace;
- paranoia, vyděšenost;
- deprese;
- agresivita nebo zlost;
- náhlé změny nálady nebo chování;
- strach z cizích lidí;
- strach v domácím prostředí;
- rozpolcenost vůči pečovateli;
- strach z pečovatele;
- mlčení během pobytu pečovatele v místnosti;
- nízké sebevědomí;
- touha po pozornosti a sociálním kontaktu;
- stažení do sebe, apatie;
- je velmi obtížné jej rozveselit nebo přinutit k úsměvu;
- nechce, aby se o něj staral určitý člověk;
- před návštěvou určitého člověka projevuje strach, obavy nebo úzkost;
- nechce být propuštěn do svého domova;
- houpavé pohyby, sání a kousání, tiky;
- pečovatel svého svěřence obviňuje, reaguje na něj hostilně, ponižuje apod.

Příznaky materiálního zneužívání:

- starý člověk má odpojené energie a vodu, jejichž platba byla svěřena pověřené osobě;
- šeky podepsané jinou osobou bez příslušného povolení;
- nezaplacené složenky;
- koupě drahého zboží nebo služeb, které nepotřebuje či nechce;
- není mu poskytována služba, za kterou zaplatil (například za úklid na zahradě);
- blízká osoba nebo pečovatel se prokazuje doklady seniora a tvrdí, že tento souhlasí s určitým právním úkonem, aniž by pro to měl daný souhlas;
- starý člověk nemá nic v lednici nebo chodí v otrhaném oblečení, přitom platí peníze do společné domácnosti;

- nedostatek předepsaných léků;
- nevysvětlené ztráty peněz z účtů, důchodových dávek;
- starost o stav svých financí;
- neznalost svého finančního statutu;
- neustálý nebo náhlý nedostatek peněz navzdory přijatelným příjmům;
- náhlý převod majetku na příbuzného nebo pečovatele;
- náhlá a výrazná změna závěti;
- nemůže najít cennosti, doklady a peníze, které vždy ukládal na určité místo;
- nedovede vysvětlit, kam se podějí jeho příjmy;
- nepamatuje si, že by podepsal určitý dokument a podobně.

Příznaky sexuálního zneužívání:

- stížnosti na bolest a svědění v genitální nebo anální oblasti;
- tržné rány, oděrky, zarudnutí nebo krvácení v genitální nebo anální oblasti;
- bolesti břicha;
- modřiny na vnitřních stranách stehen;
- modřiny a škrábance na prsou;
- přítomnost pohlavně přenosných chorob;
- ekchymóza (modřina) na patře, která mohla vzniknout nuceným orálním sexem;
- obtížné chození nebo sezení kvůli zraněním na genitáliích nebo anusu;
- opakovaný zánět močového měchýře;
- nevysvětlené problémy s urinárními katetry;
- roztržené nebo zakrvácené spodní prádlo;
- náhlá změna v seniorově postoji k sexu.

Příznaky zanedbávání:

- zhoršující se zdraví, sešlost nebo chřadnutí;
- podvýživa, ztráta váhy, nedostatek energie, ospalost;
- dehydratace, napjatá kůže, zapadlé oči;
- nedostatečná hygiena, špinavé oblečení, špinavé ruce, nehty, mastné vlasy, zkažené zuby, zápach těla;
- blechy a vši;

- proleženiny, opruzeniny a vředy;
- nachlazení z nedostatečného topení nebo nepřiměřeného větrání, zápal plic;
- nedostatek čistého oblečení a povlečení; senior je ponechán v mokré a špinavé posteli;
- inkontinence bez ochrany, močové spáleniny;
- zácpa nebo průjem;
- chybí brýle, zubní protézy, naslouchátka, chodítka; nebo jsou rozbité;
- příznaky předávkování léky nebo naopak (hlavně předávkování sedativy);
- kontraktury způsobené nedostatkem pohybu v kloubech;
- jakákoliv známka, že byl starý člověk ponechán po dlouhou dobu o samotě;
- kachexie (duševní i tělesná sešlost);
- únava a apatie;
- neřešené zdravotní problémy.

Příznaky sebezanedbávání:

- některé z příznaků uvedených u zanedbávání se vztahuje také k sebezanedbávání (např. nedostatečná hygiena a zápach, rozbité pomůcky, neřešené zdravotní problémy a další);
- akutní hospitalizace a časté návštěvy pohotovosti, většinou v pozdní fázi nemoci;
- chronické zdravotní problémy;
- nedrží se rad a návodů od lékaře, odmítá brát léky nebo držet dietu;
- maladaptivní chování vztahující se ke zdraví (přílišné kouření, pití alkoholu, konzumace zkažených a plesnivých jídel atd.) a podobně.
- zanedbaný dům, plný odpadků, plísní, pavučin;
- přítomnost hlodavců v domě nebo bytě;
- množství zvířecích miláčků, o které se stará lépe než o sebe.

Příloha 4

Příznaky EAN v rámci screeningového vyšetření pomocí IOA

Indikátory týrání a zneužívání (IOA)

Indikátory týrání a zneužívání jsou uvedeny níže, očíslovány podle závažnosti*. Po dvou až tří hodinovém vyšetření v domácím prostředí (nebo jiném intenzivním vyšetření) ohodnotte, prosím, následující body od 0 do 4. Nevynechejte žádný bod. Hodnotte podle Vašeho momentálního názoru.

Odhadovaný

rozsah problému

0 = neexistující

1 = nepatrný

2 = střední

3 = středně závažný

4 = ano / závažný

00 = nevhodný/nepoužitelný

000 = nevím

Věk ošetřovatele _____

Příbuzenský vztah ošetřovatele a ošetřovaného

je příbuzný

není příbuzný

Ošetřující

Má behaviorální problémy

Je finančně závislý

Má mentální / emoční potíže.

Má problém s alkoholem / návykovými látkami.

Má nerealistická očekávání.

Nechápe zdravotní stav.

Odpor k ošetřování.

Má manželské / rodinné konflikty.

Má špatný stávající vztah (k ošetřovanému).

Nezkušenost s ošetřováním.

Viní často druhé.

Měl špatný předchozí vztah (k ošetřovanému).

Ošetřovaný

Byl zneužíván v minulosti.

Má manželské / rodinné konflikty.

Nechápe zdravotní stav.

Je sociálně izolovaný.

Nedostatek sociální podpory.

Má behaviorální problémy.

Je finančně závislý.

Má nerealistická očekávání.

Má problém s alkoholem / návykovými látkami.

Má špatný stávající vztah.

Má podezřelá zranění nebo pády.

Má mentální / emoční potíže.

Viní často druhé.

Je emočně závislý.

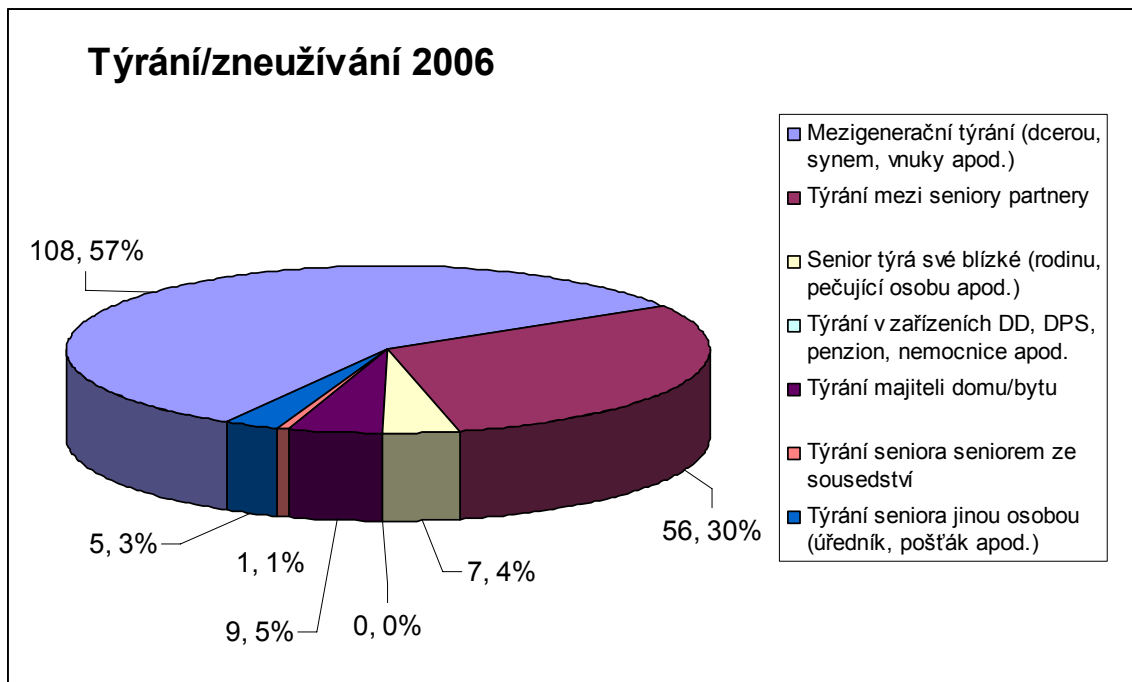
Nenavštěvuje pravidelně lékaře.

* Většina nejdůležitějších indikátorů pochází od ošetřujícího.

Převzato z REIS, Myrna, NAHMIASH, Daphne : Validation of the indicators of abuse (IOA) screen (REIS, NAHMIASH, 1998, s.478)

Příloha 5

Statistiky z krizové linky Senior telefon za rok 2006



Převzato z **Život 90 : Statistiky týrání/zneužívání 2006** (Život 90, 2006).

Příloha 6

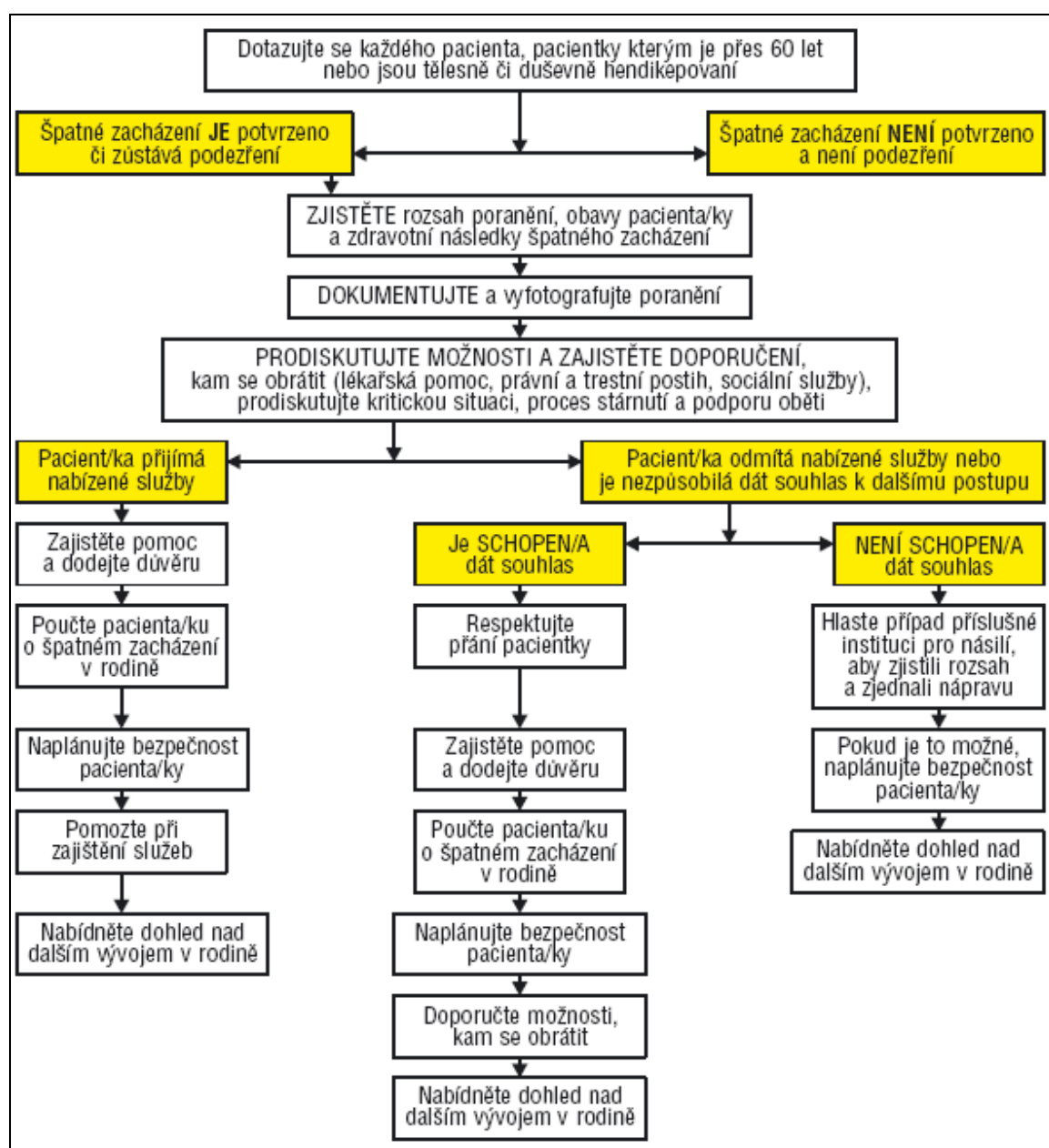
Potenciální účastníci multidisciplinárního intervenčního týmu

	Role
Lékař	Může monitorovat a rozpoznat zneužívání seniorů během běžné prohlídky. Provádí lékařskou část multidisciplinárního ohodnocení, včetně tělesné prohlídky, poznávacích schopností a nálady. Na základě těchto poznatků uvědomuje další členy týmu. Může být předvolán k výpovědi v opatrovnictví a jiných právních řízeních. Jakmile je zahájen plán péče, sleduje jej, přičemž si je vědom vzestupné a sestupné tendence u všech typů rodinného násilí, stejně jako u chronických onemocnění. Je klíčovým členem týmu, neboť může být jediný/á, kdo je v kontaktu se seniorem kromě pachatele.
Zdr.sestra, ošetrovatelka	Taktéž se nachází v pozici odhalit možnost zneužívání na základě rozsáhlejšího kontaktu (např. během hygienické péče). Obzvláště v případech péče v domácnosti, kde sestra může být jediným externím pozorovatelem interakce pachatel/oběť. Může taktéž upozornit jiné členy týmu, včetně lékařů. Když je pachatelem pečovatel, nachází se sestra v jedinečné pozici poskytnout podporu a taktně dát najevo pečovateli nevhodnost jeho chování, což může v některých případech zastavit zneužívání.
Sociální pracovník	Rozhodující člen týmu pro zařazení a koordinaci lékařské a komunitní reakce na zneužívání. Pomáhá v situacích specifické intervence (např. denní stacionář, respitní péče). Identifikuje rodinné a jiné zdroje a možnosti, na základě kterých může poskytnout plán péče.
Právní zástupci péče o seniory	Mohou asistovat při určování opatrovnictví, pokročilém plánování péče a identifikaci náhradních subjektů rozhodování. Mohou pomoci s identifikací dalších zdrojů pro poskytování péče a sdílet břemeno péče.
Pracovníci APS (nebo jejich ekvivalent)	Ohlašování oficiálním agenturám je v některých jurisdikcích povinné, avšak zapojení státních orgánů a zaměstnanců by však nemělo být nahlíženo jen jako pouhá administrativní aktivita. Spíše jsou ve správné pozici pro rozpoznání zdrojů, které mohou být zahrnuty do komplexního plánu péče.
Pracovníci soudu a policie	Výjimečně případy zneužívání seniorů spadají pod trestní právo, neboť nejvíce zneužívané oběti nevznášejí obvinění. Nicméně, v takových případech (z nichž většina jsou extrémy) zaměstnanci ve vymáhání práva (např. městský zástupce, místní policie) hrají důležitou roli ve sběru a prezentaci důkazů.

Převzato z LACHS, Mark S., PILLEMER, Karl : *Elder Abuse* (LACHS, PILLEMER, 2004, s. 2067).

Příloha 7

Možný postup intervence v potvrzených případech EAN



Převzato z TOŠNEROVÁ, Tamara : *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele* (TOŠNEROVÁ, 2002b, s.19).

Příloha 8

Informační leták občanského sdružení Život 90

CO JE NÁSILÍ NA SENIORECH? CO JE ZANEDBÁVÁNÍ?

Jedná se o donucovací chování užívaného jednou osobou k ovládnutí jiné nebo jiných osob. Může mít rozmanité podoby: hrubé nadávky, stálé kritizování, ponižující urážky, zesměšňování, podřívání sebevědomí, omezování osobní svobody, ekonomické vydírání, vyhrožování tělesným ublížením až po přímé tělesné ublížování. Charakteristickým rysem je jeho opakování, dlouhodobost a téměř každodenní přítomnost.

Odehrává se v domácím prostředí i v ústavech. Někdy probíhá tak nenápadně, že si ho ani blízké okolí seniora nemusí povšimnout.

Nemusi jít vždy o záměrné počinání, ale o způsob obrany přetížených pečovatelů.

FYZICKÉ NÁSILÍ:

bití, vystavování chladu, netlumení bolesti, samoúčelné, nepřiměřené a trýznivé používání prostředků k omezování pohybu (např. kurtování), odpirání jídla.

PSYCHICKÉ A CITOVÉ TÝRÁNÍ:

nadávky, urážky, vyhrožování, ponižování, omezování běžných aktivit a sociálních kontaktů, např. návštěv přátel či vnuků, zdůrazňování nepotřebnosti seniora, apod.

FINANČNÍ A MAJETKOVÉ ZNEUŽÍVÁNÍ SENIORŮ:

přisvojování si důchodu seniora, nevýhodné nebo nedobrovolné převody majetku, nátlak na změny v závěti nebo ovlivňování jejího obsahu, omezování vlastnických práv, apod.

SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ:

např. ze strany jiných klientů ústavní péče nebo členů rodiny

ZANEDBÁVÁNÍ:

opomíjení potřeb seniora, neposkytování přiměřené pomoci, odpirání péče, na jakou má každý občan nárok: odvrátitelný rozvoj imobility, proleženin, ztráty soběstačnosti během pobytu, nedostatečná strava, apod.

KAM SE OBRÁTIT O POMOC?

POLICIE ČR	158
MĚSTSKÁ POLICIE	156
ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	155
Univerzální linka tísňového volání v zemích EU	112
SENIOR TELEFON	800 157 157
bezplatná nonstop krizová linka	
DONA – nonstop	251 511 313
RIAPS – nonstop	222 580 697
ELPIDA – bezplatná linka Po-Pá od 8 do 20 hod	800 200 007
CENTRUM KRIZOVÉ INTERVENCE – nonstop	284 016 666

SPECIALIZOVANÁ PORADENSKÁ CENTRA:

ŽIVOT 90	222 333 500
Karolíny Světlé 18, Praha 1	
SOS centrum Diakonie ČCE	222 514 040
Belgická 22, 120 00 Praha 2	
ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS)	283 880 346

SOCIÁLNÍ ODBORY MĚSTSKÝCH NEBO KRAJSKÝCH ÚRADŮ

VÁŠ PRAKTICKÝ LÉKAŘ

odkazy: www.gerontologie.cz • www.alzheimer.cz

PRAHA
ČESKÝ ROZHLAS 2

HLAVNÍ
MEDIÁLNÍ PARTNER

Vydalo Občanské sdružení ŽIVOT 90
Karolíny Světlé 18, 110 01 Praha 1 za přispění Rady seniorů při ČHV a National Center on Elder Abuse, Washington, DC, jako informační materiál pro seniory • Photo (front page) © Cimbur 2006 • © 2006 Život 90

STOP NÁSILÍ NA SENIORECH



Děje se denně i v České republice

www.zivot90.cz

NEBUĎME HLUŠÍ, SLEPÍ A LHOSTEJNÍ !



Život 90. Stop násilí na seniorech: informační kampaň o.s. Život 90 [online]. Praha: Život 90, c2006. [cit.2006-08-23]. Dostupný z WWW: <http://www.zivot90.cz/>.

Příloha 9

Statistiky evidovaných obětí trestných činů nad 60 let v roce 2005

Minimální počty PČR evidovaných obětí trestné činnosti ve věku nad 60 let v České republice v r.2005. Jedná se o objekty napadení osobami/muže, ženy/ plus jedna z věkových kategorií osob v "objektech napadení-skupinách osob" * (Formulář o tr. činu, pol.08). Z policejních údajů zpracovala M.Martínková

Heslo takticko statistické kvalifikace	§§ TR.ZÁK.	Věk obětí												Osoby ve skupinách	Celkem
		od 60 do 70 let			od 70 do 80 let			od 80 do 90 let			90 let a více				
		Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem		
Krádež	247	1354	1432	2786	624	910	1534	171	304	475	12	15	27	85	4907
Loupež	234	105	162	267	56	158	214	16	67	83	2	4	6	24	594
Loupež ve finanč.inst.	234	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vydírání	235	13	22	35	6	7	13	3	5	8	0	0	0	4	60
Vražda	219	4	0	4	1	7	8	0	4	4	0	0	0	4	20
Vražda novoroz.matkou	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Úmysl ublíž.na zdraví	221, 222	126	59	185	39	33	72	4	14	18	0	2	2	14	291
Ohrož.pohl.nemocí	226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ubliž.na zdraví z nedbal. (prac.úrazy, ostatní)	223, 224, 201, 201a	14	14	28	5	12	17	3	5	8	0	0	0	4	57
Pohl.zneuž.v závislosti	242/2, 243	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pohl.zneužívání ostatní	242	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Znásilnění	241	0	5	5	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
Obchodování se ženami	246	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Únos	216	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omez.a zbav.os svobody	231, 232	3	3	6	0	3	3	3	2	5	0	0	0	0	14
Útlak	237	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Braní rukojmí	234a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Týrání svěšené osoby	215	0	6	6	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	8
Týrání os.žij.v spol.obyd.	215a	3	22	25	0	15	15	2	12	14	0	1	1	18	73
Opouštění dítěte	212	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Usmrcení lidského plodu	227, 228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Násilí na veřej.činiteli	153, 154/1, 155, 156/1	3	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
(členů policie a ostat.)	197a	41	78	119	15	39	54	5	10	15	0	0	0	40	228
Nebezpečné vyhrožování	230, 233	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Ostatní násilné tr.činy	**	15	7	22	5	3	8	0	2	2	1	0	1	4	37
Ostatní trestná činnost		1682	1810	3492	753	1188	1941	209	426	635	15	22	37	197	6302
OBĚTI CELKEM															

* Jsou zde započítáni jedinci tvořící "objekty napadení-skupiny osob" ve věkové kategorii označené jako "osoby nad 60 let".

** §§TZ:154/2, 164, 165, 167, 168, 169a, 169b, 172, 174, 175, 177, 179, 180-184, 185a, 189, 190, 191, 192, 200, 206-209, 239/1, 240/1, 253, 255, 255a, 259, 259a, 262-265.

MARTINKOVÁ, Milada. Minimální počty PČR evidovaných obětí trestné činnosti ve věku nad 60 let v České republice v r.2005. [s.l.] : [s.n.], 2006. 1 s.

Příloha 10

Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

- **otázky zaměřené na pracovní náplň a profesionální kontakty:**
 - Jaká je Vaše pracovní náplň?
 - Pracujete i s tématem špatného zacházení se starými lidmi?
 - Jste členem nějakých organizací nebo skupin, které se tímto problémem zabývají?
 - Se kterými odborníky v oblasti špatného zacházení spolupracujete?
- **otázky zaměřené na typologii EAN a výskyt jednotlivých typů:**
 - Co všechno se podle Vás pod pojmem špatné zacházení skrývá?
 - Spadá sem podle Vás také tzv. zanedbávání sebe sama?¹³⁷
 - Se kterým typem se při své práci nejčastěji setkáváte?
- **otázky zaměřené na pachatele EAN:**
 - Kdo je podle Vás nejčastějším pachatelem špatného zacházení se starými lidmi?
 - Jaká může podle Vás být jeho motivace?
 - Jaké jiné příčiny špatného zacházení Vás napadají?
 - Myslíte si, že někdy mohou špatné zacházení vyvolávat sami staří lidé svým chováním?
 - Jaká je podle Vás situace v institucionální péči (např. nemocnice, DD), dochází tam ke špatnému zacházení?
- **otázky zaměřené na oběť EAN:**
 - Mají podle Vás oběti špatného zacházení nějaká specifika?¹³⁸
 - Jaké bývají podle Vašich zkušeností reakce starých lidí na špatné zacházení, jak to zasáhne jejich psychiku?
 - Myslíte, že jsou spíše schopni či ochotni vyhledat pomoc, nebo špatné zacházení spíše tají?
 - Myslíte, že vědí, kam se obrátit pro pomoc?
- **otázky zaměřené na poskytovanou intervenci:**
 - Jakou intervenci při své práci týraným a zneužívaným seniorům poskytujete?
 - Máte možnost jim doporučit i nějaké návazné služby, a jaké?

¹³⁷ Otázka byla v některých případech doplněna konkrétnějším popisem tohoto typu EAN.

¹³⁸ Otázka byla v některých případech doplněna konkrétněji: pohlaví, soběstačnost, demence atd.

- **otázky na situaci v oblasti EAN v České republice:**

- Jaká je podle Vás situace v oblasti špatného zacházení v České republice?
- Které momenty jsou podle Vás pro intervenci a prevenci EAN v ČR zásadní?¹³⁹
- Co podle Vás chybí v oblasti prevence a intervence špatného zacházení?¹⁴⁰
- Jaké legislativní změny by podle Vás byly vhodné, aby se zlepšila pomoc týraným seniorům?
- Jsou podle Vás dostatečné prostředky a služby pro podporu zranitelných seniorů v jejich domovech?
- Myslíte, že vláda se dostatečně zajímá o tuto problematiku? Existují nějaké vládní programy zaměřené na staré lidi a konkrétně třeba přímo na EAN?
- Co dalšího by se podle Vás mělo změnit, aby se zlepšila pomoc obětem násilí na seniorech?
- Myslíte si, že společnost je dostatečně vzdělaná v této oblasti, že lidé mají dostatečné povědomí o špatném zacházení se starými lidmi?
- Myslíte si, že profesionálové (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci) jsou dostatečně informováni a vzděláni v tom, co je špatné zacházení, jak na něj přijít a co s ním dělat?
- Jaká je podle Vás funkce médií v této oblasti? Myslíte, že informují o týrání seniorů dostatečně?

- **doplňující otázka:**

- Chtěl/a byste zdůraznit ještě něco, co je podle Vás důležité a nebylo dnes řečeno?

¹³⁹ Otázka byla v některých případech doplněna konkrétněji: např. nový zákon o sociálních službách, informační kampaně...

¹⁴⁰ Otázka byla v některých případech doplněna konkrétněji: např. zákony, vzdělávání profesionálů...